This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

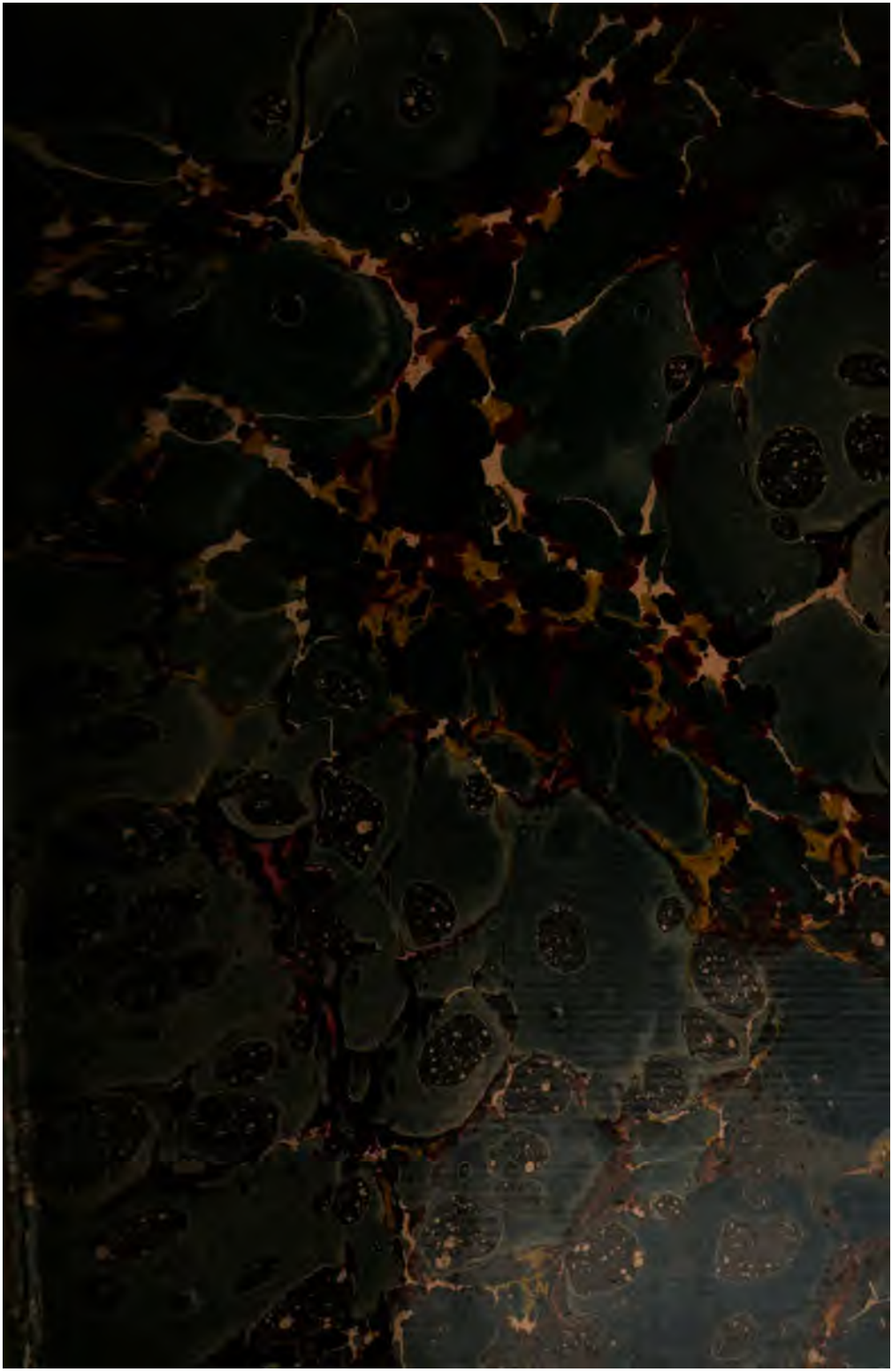
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON

H. VON HEBRA IN WIEN UND MAX BOCKHART IN WIESBADEN

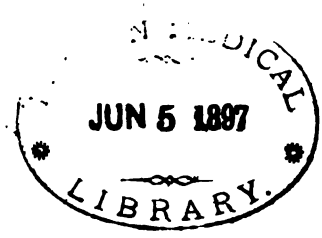
REDIGIERT VON

P. G. UNNA

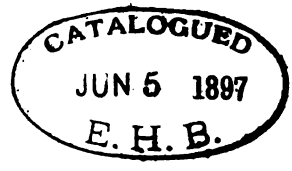
IN HAMBURG.

SECHSTER BAND.
1887.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1887.



W80



Druck der Verlagsanstalt und Druckerei A.-G. (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. Nr. 1. 1. Januar 1887.

CATALOGUED JUN 5 1897 ENH B.

4202

Über die Entwickelung von Epitheliom auf psoriatischer Basis.

Von

Dr. H. v. Hebra

in Wien.

Von diesem aufserordentlich seltenen Vorkommen wird in der Litteratur nur 2 mal Erwähnung gethan und zwar durch Cartaz [1] (1 Fall) und James C. White [2] (2 Fälle); ich selbst bin in der Lage von einem vierten Falle Bericht zu geben, was den Zweck vorliegender Mitteilung abgeben soll.

Die Beobachtung von Cartaz ist, anscheinend wegen ihrer aufserordentlichen Kürze, von den meisten Seiten übersehen worden, da unsers Wissens in keinem der neueren Lehrbücher davon Erwähnung gethan wird. Erst Weyl (*Ziemssens Handbuch.* Bd. 14. p. 497) hat sie wieder ans Tageslicht gefördert, begnügte sich aber mit der Registrierung der gemeldeten Thatsache in wenigen Worten.

Die grofse Rarität zugleich mit der Wichtigkeit der Kenntnis einer solchen Umwandlung von Psoriasiseffloreszenzen in Epitheliome mögen es rechtfertigen, wenn ich eine etwas ausführlichere Wiedergabe der beschriebenen Fälle unternehme, ehe ich an die Schilderung meines eignen Falles gehe, denn es scheint wünschenswert, dafs diese Kenntnis in weitere Kreise getragen werde, da bei rechtzeitig gestellter Diagnose und sofort eingeleiteter geeigneter Therapie die Erhaltung des Patienten mit

[1] *Gaz. des Hopitaux.* 1878. p. 750.

[2] *Amer. Journal of med. Sciences.* Jan. 1885. (Psoriasis — Verruca — Epithelioma, a sequence.)

Sicherheit zu erwarten steht, während er im gegenteiligen Falle unaufhaltsam dem letalen Ende verfällt.

Cartaz berichtet der Anatomischen Gesellschaft von einem 40jährigen Manne, der mit 20 Jahren von Psoriasis befallen wurde und seither zu wiederholten Malen an diesem Übel litt, wobei besonders die Handflächen und Fufssohlen ergriffen wurden; im übrigen war er vollkommen gesund. Als einmal durch Kratzen das Schuppenlager an einer der Psoriasisplaques an der 2. Phalanx des rechten Ringfingers entfernt wurde, bemerkte man ein leicht blutendes Geschwür mit kallösem Rande und tiefliegenden Granulationen. Das Geschwür wuchs ununterbrochen, bis es endlich die Gröfse von 4 Quadrat-Zentimeter erreichte und als „Kankroid" erkannt wurde. Es wurde die Amputation im Metakarpo-Phalangeal-Gelenke vorgenommen und später konstatiert, dafs sich kein Recidiv eingestellt habe.

Weit ausführlicher hat James White seine Fälle beschrieben. Den ersten kennt er seit dem Jahre 1866 und hat ihn seit jener Zeit mit kurzen Unterbrechungen beobachtet und behandelt. Das erste Auftreten der Psoriasis fiel in das Jahr 1860, in das 21. Lebensjahr des Patienten. Seither hat das Übel ununterbrochen in verschiedener Heftigkeit bestanden, trotz Anwendung äufserlich und innerlich gebrauchter Heilmittel. Wenn auch während der ganzen, ungefähr 12jährigen Beobachtungsdauer keinerlei besondere Merkmale sich einstellten, so war doch die aufserordentliche Hartnäckigkeit gegen alle möglichen Behandlungsmethoden auffallend. Die Form unter der das Übel zum Vorschein kam, war die der Psoriasis guttata und nummularis, und wiesen die Flecke eine aufserordentliche Reizbarkeit auf, da sie auf manche Medikamente, wie Solutio Vleminckx, Sapo viridis und Spiritus saponis kalinus, sowie Teerpräparate mit meist beträchtlicher Hyperämie antworteten, so dafs späterhin Arsenikpräparate die einzigen Mittel waren, auf die man seine Hoffnung auf Besserung des Zustandes setzen durfte. Am renitentesten zeigten sich dabei die behaarte Kopfhaut und die Handrücken, denn hier schwand das Leiden nie, während auch weitergriffene Strecken des Stammes wieder gesund gemacht werden

konnten, freilich nicht ohne dafs nach einiger Zeit die Psoriasis wieder zum Vorschein gekommen wäre.

Im Verlaufe des Jahres 1874 begannen einzelne Flecke an den lezterwähnten Lokalitäten und an den Vorderarmen Veränderungen einzugehen, indem sie weniger hyperämisch, weniger schuppig, dagegen mehr eleviert und scharfrandig wurden, so dafs sie feste hornige Auswüchse darstellten, wie warzenartige Gebilde.

Im Jahre 1881 entwickelte sich an einem in der Nähe des Handwurzelgelenkes befindlichen Auswuchse der rechten Palma manus aus einer nicht heilen wollenden Exkoriation ein kleines Geschwür, dieses veränderte sich im Verlaufe mehrerer Monate nicht merklich, wollte aber auch nicht verheilen; nach und nach vergrößerte es sich und wuchs mehr in die Tiefe, in das subkutane Gewebe hinein. Die Ränder waren stets hart, kallös und wiesen eine warzige Oberfläche auf.

Weder Ätzungen, noch mechanische Eingriffe mittels des Schablöffels hatten irgend einen Effekt, im Gegenteile schritten die Wucherung und der Zerfall unaufhaltsam vor, so dafs im Jahre 1883 das untere Drittel der Hohlhand und die Haut über dem Handwurzelgelenk in die Verschwärung einbezogen waren.

Zur selben Zeit gingen auch andre warzige Ausbrüche, welche an der Übergangsfalte zwischen dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand sich entwickelt hatten, denselben geschwürigen Zerfall ein und wiesen dieselbe Unheilbarkeit auf.

Schon damals schlug man dem Patienten die Entfernung der rechten Hand und jener Teile der linken, welche erkrankt waren, vor, da man den epitheliomatösen Charakter der Wucherung erkennen konnte und um so mehr auf eine dauernde Heilung zu rechnen war, als die brachialen und axialen Drüsen unaffiziert geblieben waren.

Erst fast 2 Monate später entschlofs sich der Patient zu dieser radikalen Therapie, nachdem er mehrere Autoritäten jen- und dieseits des Ozeans zu Rate gezogen, und die aufserordentliche Schmerzhaftigkeit sein Allgemeinbefinden im hohen Mafse beeinträchtigt hatte. Zu dieser Zeit war die ganze rechte Handfläche mit der Gegend über dem Handwurzelgelenke der Sitz eines viel zerklüfteten, zerfallenen Neugebildes, und auch an

der linken Hand hatte der Prozeſs rapide Fortschritte gemacht. Die Amputation der rechten Hand und des Zeige- und Mittelfingers der linken führten die Heilung des Kranken herbei.

Den II. Fall sah White im August 1884. Er betraf einen 52jährigen Mann, welcher eine wunde Stelle an dem rechten Handwurzelgelenke in der Länge von 2 und in der Breite von $1^1/_2$ Zoll aufwies, welche schon mehrere Jahre bestanden haben soll. Das Geschwür war umgeben von einem hervorragenden harten Rand, drang tief in die Haut ein und war sehr schmerzhaft. Zugleich befanden sich an der Stirn einige zweifellose Psoriasisplaques und an den Händen und Fingern hornartige, warzige Auswüchse. Ähnliche kleine, prominierende geschwürige Stellen befanden sich an der Backenfalte in der Nähe der Aftermündung, am Penis und im Leistenbug. Diese Ulcerationen bestanden aber erst seit kurzer Zeit.

Der Patient erzählte, daſs er seit seiner Jugend an einer sehr hartnäckigen Psoriasis gelitten habe, welche allen möglichen Heilmethoden heftigen Widerstand entgegensetzte, und daſs im Verlaufe der letzteren Jahre sich zahlreiche Psoriasiseffloreszenzen zu warzigen Gebilden umgestaltet hätten, welche anfangs sich zerklüfteten und später geschwürig zerfielen.

Auf Anraten Whites wurde eine Excision sämtlicher kranker Stellen vorgenommen und schien auch im Anfange die Heilung der Operationswunden günstig vor sich zu gehen; zwei Wochen nachher erlag aber der Patient einer septischen Lymphangioitis.

Der von mir selbst beobachtete Fall betraf einen in den mittleren Lebensjahren stehenden Fabrikanten aus der Gegend von Düsseldorf. Er war ein mittelgroſser, sonst sehr gesund aussehender Mann von strammer kräftiger Muskulatur und im übrigen von vollkommen gesunden Organen. Ich behandelte ihn vom 1. bis 23. August 1878 und vom 26. Juli bis 17. September 1880 an Psoriasis, welche in kleineren und gröſseren Flecken, die aber die Dimensionen eines Guldenstückes — meiner Erinnerung nach — kaum überschritten haben mochten.

In seinem 16. Lebensjahre hatten sich die ersten Anzeichen der Psoriasis eingestellt. Wie die meisten seiner Leidensgenossen

machte er zahlreiche Behandlungsweisen mit mehr minder günstigem Erfolge durch, konnte aber erst von 1864 an für einige Jahre von seinem Übel befreit werden. Im Jahre 1867 heiratete er, und 2 Jahre darauf stellte sich ein neues Recidiv von besonderer Intensität ein. Bei seiner ersten Anwesenheit in Wien hatte die Psoriasis kein wesentlich von andern Fällen differentes Aussehen; bei seiner Wiederkehr nach 2 Jahren hatte sich aber schon eine eigentümliche warzenartige Beschaffenheit gezeigt, so dafs energischere mechanische Eingriffe zur Entfernung dieser Epithelauflagerungen vorgenommen werden mufsten. Die wund gewordenen Stellen heilten bald wieder zu, und der Prozefs schien der Besserung entgegen zu gehen.

Durch tägliches 1 bis $1^1/_2$stündiges Bad und nachträgliche medikamentöse Behandlung — deren Details ich übergehen zu dürfen glaube — wurde das ursprüngliche Hautleiden etwas im Zaun gehalten, dennoch aber stellte sich die warzige Neubildung der kleinen Psoriasisplaques ununterbrochen ein.

Auf meiner Rückkehr von London im August 1881 traf ich über Verabredung in Düsseldorf mit dem Patienten zusammen und staunte über die Veränderungen, welche seit einem Jahre vor sich gegangen waren. Es hatte sich nämlich an fast allen älteren warzigen Exkreszenzen ein Zerklüften eingestellt, welches anfänglich zu Rhagaden und Fissuren, später aber zu tieferen Substanzverlusten, aus denen noch Reste der warzigen Gebilde hervorragten, entwickelt, und zugleich die Zahl der epithelialen Prominenzen nicht unbeträchtlich zugenommen. Ich riet dem Patienten an, alle kranken Stellen entweder mechanisch ausschaben, oder mittels der LANDOLFschen Paste ausätzen zu lassen. In 18 Sitzungen wurden nach und nach die meisten dieser Prominenzen entfernt, und sollen dieselben auch wieder rasch verheilt sein. Sie stellten sich jedoch in immer gröfserer Zahl ein, so dafs die Frau des Patienten ihrer einmal 120 zählen konnte.

Auf dem rechten Oberschenkel befand sich ein Geschwür, welches sich in der Fläche mehr und mehr ausdehnte, nicht aber beträchtlich in die Tiefe wuchs und auf die leiseste Berührung leicht blutete.

Schon bei meiner letzten Besichtigung des Kranken in Düsseldorf war mir die Vermutung gekommen, dafs wir es hier mit einer Heteroplasie zu thun hätten, und es mag nur der Umstand mich von der richtigen Auffassung und Deutung des Vorhandenen abgehalten haben, dafs eben bisher keine Nachricht einer solchen Heteroplasie psoriatischer Effloreszenzen vorgelegen hatte.

Da die Umstände des Patienten es nicht gestatteten, sich einer systematischen Behandlung in Wien zu unterziehen, riet ich ihm sich nach Köln zu begeben und dort ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Er that es und wandte sich an Herrn Dr. LEICHTENSTERN, dessen Freundlichkeit ich den nachfolgenden Bericht über die letzten Phasen des Krankheitsverlaufes verdanke. Damals, im Herbste 1883, fand LEICHTENSTERN eine über den ganzen Körper ausgebreitete Psoriasis guttata und nummularis, die am Rumpfe auch zu den Figuren der Psoriasis annularis und gyrata sich entwickelt hatte. Die behaarte Kopfhaut war in ihrer ganzen Ausdehnung in diffuser Weise ergriffen, wobei ein auffälliges Moment darin lag, dafs an der Haargrenze die Haut gesund geblieben war. Hier und am Rumpfe hatte die Affektion das völlig typische Aussehen der Psoriasis.

Anders war es an den Extremitäten; an diesen hatten die meist kreisförmigen Effloreszenzen ein von der gewöhnlichen Psoriasis (wiewohl aus dieser sicher hervorgegangen) abweichendes Aussehen. Es lagerten die reichlichen Schuppen nicht auf rotem Grunde, die Effloreszenzen hatten ein schmutzig graues, blafs-bräunliches, der umgebenden Epidermis fast gleich gefärbtes Kolorit und vielfach keine plane, sondern eine rauhe warzige Oberfläche.

Was aber besonders interessant war, waren drei, damals noch ziemlich oberflächliche Hautgeschwüre, die mit frischen, roten Granulationen bedeckt waren. Das eine dieser Geschwüre von Thalergröfse, mit aufgeworfenen Rändern, safs am rechten Oberarme, — das zweite über dem rechten Trochanter, schon etwas tiefer gehend, aber von frisch rotem Aussehen, hatte die Gröfse eines Fünfmark-Stückes, — das dritte von der Gröfse einer mittelgrofsen

Hand, saſs circa 10 cm tiefer, unter dem letzteren, an der Aufsenseite des rechten Oberschenkels.

Die Geschwüre hatten allen bisherigen therapeutischen Maſsnahmen energisch widerstanden, während auf geeignete Mittel es gelang, die Psoriasis frischeren Datums am Kopf und Rumpf fast ganz zum Verschwinden zu bringen. Durch Prof. Bardenheuer wurden in der Chloroformnarkose sämtliche alte, verruköse Psoriasisstellen und die 3 Hautgeschwüre mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Der Erfolg dieses Eingriffes war mit Bezug auf die warzigen Effloreszenzen ein sehr guter, dagegen negativ bei den beiden Geschwüren am Oberschenkel. Nur das Geschwür am Oberarm heilte mit schöner solider Narbe dauernd zu. Die zwei groſsen Geschwüre griffen mit der Zeit tiefer und tiefer und muſsten später noch einmal ausgelöffelt werden, worauf sie sich mit einer dünnen Narbendecke zu überziehen begannen. Nach und nach wurde aber dieselbe neuerlich unterminiert, abgehoben, und es lagen nun noch tiefer greifende Geschwüre zu tage. Alle möglichen rationalen, lokale und allgemeine Mittel wurden vergebens angewendet. — Zu Ostern 1884 hatte sich nebst einem beträchtlichen Recidiv der typischen Psoriasis auch wieder eine groſse Anzahl warziger Psoriasiseffloreszenzen eingestellt, und es wurden neuerdings diese letzteren und die Geschwüre am Oberschenkel ausgeschabt.

Unterdessen war Patient wieder nach Hause gereist und traf am 6. Oktober wieder in Köln ein. Obwohl das Allgemeinbefinden ein gutes war und Patient reichlichen Appetit hatte, griffen die Geschwüre tiefer und tiefer und breiteten sich auch ein wenig in der Fläche aus. Vergebens wurden wiederholte Auskratzungen, Ferrum candens, Heftpflasterverband und ähnliches mehr angewandt. Endlich am 18. November excidierte Bardenheuer das Geschwür über dem Trochanter mit nachträglicher Transplantation gesunder Haut. Nach 14 Tagen hatte sich aber wieder ein Recidiv eingestellt. Zugleich trat Krebsmarasmus mit Fieber und rascher Kräfteabnahme ein, welchen Zufällen Patient kurze Zeit darauf erlag.

Leichtenstern untersuchte von den ausgelöffelten Partien sowohl die warzigen Psoriasisstellen, als auch von den Geschwüren.

An ersteren fand er massenhafte Epidermishyperplasie, grofse Lager von verhornten, resp. vertrockneten Epidermisschuppen; die Schleimschicht dagegen war nur sehr wenig stark entwickelt, aber die Papillen deutlich vergröfsert und verbreitert; starke Bindegewebshyperplasie des ganzen Coriums und der Papillen, besonders um Haarbälge und Talgdrüsen herum; da und dort kleinzellige Infiltration.

An den aus den Geschwüren ausgelöffelten Teilen fand er im Mai fast nur schöne grofse Epithelien, hier und da auch ein von Epithelien umgebenes Nest; das Corium war aber damals noch intakt; die beträchtliche Epithelialwucherung hatte die Grenze nach unten noch nicht überschritten. Die Epithelzellenwucherung konnte zwar schon als eine „atypische" angesehen werden, wenn auch von einem dem Karcinom eigentümlichen Polymorphismus der Zellen nicht die Rede war. Alle Zellen trugen noch den Charakter gewucherter Retezellen.

Eine einige Monate später von Dr. Leichtenstern angestellte mikroskopische Untersuchnng einer excidierten Partie stellte alle Charaktere des Epithelkrebses fest. Es fanden sich Zellnester inmitten des Coriums, von Bindegewebe umgeben, grofse Krebszapfen ragten ins Corium herab, — anderseits erhoben sich gewucherte Bindegewebszapfen nach oben; die Epithelzellen zeigten nun auch den richtigen Polymorphismus der Krebszellen. Die Geschwüre jauchten, die oberflächlichen Krebszellen zeigten mikroskopisch die Zeichen des Zerfalles.

Diese Angaben stimmen im wesentlichen mit denen überein, welche Fitz von den Untersuchungen der Fälle von White gemacht hat. Fitz fand nämlich bei der mikroskopischen Untersuchung, dafs die Struktur des Neugebildes an der Hand des ersten Falles von White aus nach verschiedenen Richtungen ziehenden, miteinander anastomosierenden Zügen von Zellen, ähnlich denen der tieferen Lager der Epidermis, und voneinander getrennt durch ein fibröses Netzwerk, bestand. Die Zellzüge enthielten zahlreiche, zwiebelähnliche Körperchen von epidermoiden Zellen und setzten sich unregelmäfsig in allen Richtungen fort.

Von dem zweiten Falle bemerkt er, dafs sich grofse Mengen epitheloider Zellen von unregelmäfsiger Form und Gröfse, welche

durch schmale bindegewebige Bänder voneinander getrennt waren, tief in das subkutane Fettgewebe nach abwärts zogen. In diese Zellwucherung waren alle epithelialen Constituentia der Haut mit einbezogen, sowohl Rete und Epidermis, als auch Haar-, Talg- und Schweifsfollikel.

Es unterliegt keinem Zweifel, dafs die nun an vier Fällen beobachteten Veränderungen, welche die Psoriasiseffloreszenzen einzugehen vermögen, zu den allerseltensten Vorkommnissen bei dieser, bisher als so ziemlich ungefährlich angesehenen Erkrankung gehören; dennoch müssen wir WHITE Recht geben, wenn er der Ansicht Ausdruck gibt, dafs durch diese Erfahrungen die günstige Prognose im Verlaufe der Psoriasis eine gewisse Erschütterung erlangt hat. Man wird eben in Zukunft allen jenen Fällen, bei denen eine Psoriasis verrucosa — wie wir sie kurzweg bezeichnen wollen — sich einstellt, eine gesteigerte Aufmerksamkeit schenken müssen, um durch augenblickliche und gründliche Entfernung der warzigen Protuberanzen eine Heteroplasie derselben zu verhindern.

Über dieses Phänomen selbst äufsert sich WHITE in einer Weise, welcher ich nur meine volle Zustimmung zu geben vermag. Er weist darauf hin, dafs ich in meinem Lehrbuche, der Anschauung von AUSPITZ folgend, der Psoriasis ihren Platz unter den Epidermidosen als Parakeratose angewiesen habe. Während bei der Psoriasis es nun nur Retezellen sind, welche der Veränderung unterliegen, wodurch die bekannten Symptome dieser Krankheit zustande kommen, müssen warzige Gebilde sich entwickeln, sobald dieselben proliferierenden Momente die Stachelzellenschicht betreffen, wodurch dann der Übergang eines Parakeratoms in eine Hyperakanthose und von dieser in eine Parakanthose (Epithelialkarcinom) gegeben ist. Die Ansicht einer entzündlichen Natur der Psoriasis erhält durch diese Beobachtungen einen neuen Stofs.

Über Morbilli adultorum und Immunität gegen Masern.

Mitteilung an die Pädiatr. Sektion der Naturforscher-Versammlung in Berlin gemacht von

F. Biedert
in Hagenau i. E.

Ich hatte in meinem vorjährigen Vortrag in dieser Sektion auf 2 Punkte aufmerksam gemacht, die mir für die Prophylaxe der Masern wesentlich schienen. Einmal, ob es überhaupt möglich sei, eine Person vor Masern ihr ganzes Leben lang zu bewahren. Dies würde nur dann der Fall sein, wenn die in der Jugend fast allgemeine Disposition zu Masern mit dem höheren Alter abnähme, so dafs man also hoffen könnte, dafs eine gröfsere Anzahl von Individuen, die in der Jugend vor Masern geschützt wurden, später der Infektion nicht mehr unterworfen sei. In dieser Möglichkeit würde dann ein direkter Antrieb zum Schutz der Kinder vor Masern liegen.

Der zweite Punkt betrifft das Verhalten von Erwachsenen, wenn sie doch noch von Masern befallen werden. Es fragt sich, ob die vielfältige Annahme, dafs die Masern bei Erwachsenen schwerer und gefährlicher seien, ihre Richtigkeit habe; und in diesem Fall würde man, besonders wenn auch der erste Punkt verneint würde, sich kaum dazu veranlafst fühlen, jemand als Kind vor einer Krankheit zu schützen, um ihn als Erwachsenen einem schlimmeren Anfall derselben auszuliefern.

Über beide Dinge hatte ich um Mitteilung der Erfahrungen von Kollegen gebeten. Über den ersten hat sich wenig ergeben, da es leider gewöhnlich aufserordentlich schwer ist festzustellen, ob eine etwas ältere Person niemals auch nur einen leichten Masernanfall hatte. Meine vorjährigen Beobachtungen hatten für einige mit dem Alter etwas zunehmende Immunität gesprochen Auch eine neue Beobachtung über Immunität von 2 elfjährigen Schulkindern, deren Geschwister krank waren, habe ich; doch habe ich nicht ganz aufser Zweifel stellen können, ob die Kinder niemals früher Masern hatten. Ähnliches gilt von einigen mir

von Dr. Walther-Langenbrücken mitgeteilten Fällen, während Dr. Cahnheim-Dresden Freibleiben seines noch nie kranken 6jährigen Töchterchens meldet, während dies wiederholt in das Zimmer seiner masernkranken Mutter kam. Dafs gegen Masern dauernd immune Personen vorkommen, ist gewifs, aber wie viele und ob ihre Zahl mit dem Alter zunimmt, darüber ist mir inzwischen nichts Genaueres bekannt geworden.

Über das Verhalten der Masern bei Erwachsenen sind mir dankenswerte Mitteilungen von den Herren Doz. Dr. Perl-Berlin, Dr. Walther-Langenbrücken, Kantonal-A. Dr. Moritz-Poffenhofen, Dr. Wolberg-Warschau, Dr. von Mierzynski-Poddembice, Dr. A. Cohn-Jauer, Dr. Unruh-Dresden, Dr. Cahnheim-Dresden und Dr. Förster-Dresden über im ganzen 35 Fälle gemacht worden mit 3 Todesfällen = 8,6% oder, wenn einer, der nicht direkt ärztlich beobachtet wurde, wegbleibt, mit 2 Todesfällen = 5,8% —, was ein sehr hoher Prozentsatz ist, besonders wenn man in Rechnung zieht, dafs es sich mit 2—7 Ausnahmen nur um gut situierte Personen handelt, in welcher Situation denn auch die sämtlichen 400 Masernkranken Försters (wovon nur 17 Erwachsene) eine aufserordentlich günstige Mortalität (1%) hatten.

Was die Schwere der Fälle betrifft, so waren die 17 Fälle Försters „in verhältnismäfsig grofser Zahl schwere", und auch unter den übrigen 18 waren nur 6 leichte und ziemlich leichte, 3 mittelschwere, 9 schwere und sehr schwere mit bösen Komplikationen: enormes Fieber, Delirien, Koma, Lungen- und Brustfellentzündung. Diese Zusammenstellung würde demnach beweisen, wofür auch meine vorjährigen Mitteilungen am meisten sprachen, dafs Morbilli adultorum häufiger einen schweren Verlauf haben, als die der Kinder.

Es ist noch zu erwähnen, dafs nur bei 3 Kranken bestimmt herausgebracht werden konnte, dafs sie die Masern noch nie, und ebenfalls bei 3, dafs sie dieselben schon einmal hatten, während sich bei 29 über letzteres nichts feststellen liefs. Ein Einfluss auf die Schwere war aus diesen Feststellungen somit nicht abzuleiten. Beiläufig kann ferner hervorgehoben werden, dafs bei den Morbilli adultorum das weibliche Geschlecht bedeutend über-

wog, wie 26:9, wofür Ansteckung bei der Krankenpflege eine naheliegende Erklärung bieten dürfte.

Dürfen wir aus diesen noch nicht sehr zahlreichen Beobachtungen einen Schluſs ziehen, so würde die Schwere der Morbilli adultorum nicht einladen, mit schweren Maſsregeln die Krankheit in dem Kindesalter zu unterdrücken und ins höhere Alter zu verlegen, da insbesondere auch eine wesentlich vergröſserte Immunität für noch Niebefallene in dem höheren Alter sich nicht hat feststellen lassen.

Die in diesem Sinn in meinem vorigen Vortrag angegebenen Vorsichtsmaſsregeln: nachdrücklicher Schutz nur in den allerersten Lebensjahren, Beschränkung des Ausschlusses aus Schulen nur auf wirklich Kranke und Verdächtige, nicht auf die Hausgenossen etc., bleiben also auch jetzt noch in Geltung. Indes wäre es dringend wünschenswert, gröſseres Material noch sowohl über den Charakter der Morbilli adultorum, als auch über feststellbare Immunität gegen Masern mit Rücksicht auf verschiedene Altersstufen zu sammeln. Es ist ein empfindlicher Mangel, daſs über ersten, wie auch den allerdings viel schwerer klarzustellenden zweiten Gegenstand uns noch nichts Abschlieſsendes bekannt ist. Ich würde deshalb entweder der Gesellschaft für Kinderheilkunde empfehlen, sich mit der Aufklärung dessen zu befassen, oder wiederholt bitten und auch später in Erinnerung bringen, daſs die Herrn Kollegen, wie seither schon, mir ihr einschlägiges Material zur Sammlung und Sichtung übergeben.

Über Pigment-Syphilis.

Von

Dr. Max Bockhart

in Wiesbaden.

Mit einer chromolithographischen Tafel.

Vor kurzem wurde von Neisser[1] und nach ihm von Riehl[2], Haslund[3] u. a. nachgewiesen, dafs fast alle jene durch Syphilis bedingten Pigmentveränderungen der Haut, welche man früher mit dem Namen „Pigment-Syphilis" bezeichnet hatte, als Pigmentverluste bezw. Pigmentverschiebungen — als Leucoderma syphiliticum — zu deuten seien. Seitdem mufste die Existenz einer wirklichen Pigmentsyphilis, d. h. direkt durch das syphilitische Virus hervorgerufener Pigmentanhäufungen in der Haut mehr oder minder zweifelhaft werden. Denn die von Tanturri[4], Pirocchi[5], Dymnicki[6] und Schwimmer[7] beschriebenen Fälle von wahrer Pigmentanhäufung in der Haut Syphilitischer, die von diesen Beobachtern für Pigmentsyphilis gehalten wurden, und die auch Neisser[8] unter dieser Bezeichnung erwähnt, können nicht mit Sicherheit auf eine direkte Wirkung des syphilitischen Virus zurückgeführt werden. Es scheint vielmehr richtiger zu sein, diese Pigmentationen mit Kaposi[9] als kachektische Mifsfärbungen der Haut aufzufassen, wie sie bei andern dyskrasischen

---

[1] Über Leucoderma syphiliticum. *Vierteljahresschr. f. D. u. S.* 1883. pag. 419. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1884. pag. 158.

[2] Über das Leucoderma syphiliticum. *Medizinische Jahrbücher*, herausgeg. v. d. K. K. Ges. d. Ärzte, Wien. 1884. pag. 245.

[3] Leucoderma syphiliticum. *Nordisk medicinskt Arkiv.* Band XVII. No. 17. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1886. pag. 186.

[4] S. *Vierteljahresschr. f. D. u. S.* 1877. pag. 403.

[5] Hyperchromia cutanea syph. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1875. S. Ref. in *Vierteljahresschr. f. D. u. S.* 1877. pag. 403.

[6] Referat über die im Schwefelbade Busk behandelten Krankheiten. R. i. *Vierteljahresschr. f. D. u. S.* 1877. pag. 404.

[7] Über Pigmentsyphilis. *Wiener med. Blätter.* 1880. No. 17, 18 u. 20.

[8] l. c. pag. 505.

[9] *Pathologie u. Therapie der Syphilis.* I. Th. Stuttgart 1881. pag. 188.

Zuständen auch vorkommen. Die jüngst von HENOCH[10] beschriebenen Pigmentationen der Haut syphilitischer Kinder dürften ebenfalls dieser Deutung unterliegen.

Ich werde nun im folgenden einen Fall von Pigmentsyphilis mitteilen, wie er, soviel ich aus der Litteratur ersah, noch niemals beschrieben wurde. Derselbe ist bis heute wohl der einzige, der mit vollem Rechte auf die Bezeichnung „Pigment-Syphilis" Anspruch machen kann.

Dieser Fall von Pigmentsyphilis wurde beobachtet im Jahre 1883 an der Würzburger Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten, die damals unter der Leitung des Herrn Geheimrat GERHARDT stand. Die Geschichte dieses Falles ist folgende[11]:

MAGDALENA B., 20 Jahre alt, Dienstmagd aus dem unterfränkischen Dorfe N., trat am 1. Mai 1883 in die syphilitische Klinik des Julius-Spitals ein. Sie stammte aus gesunder Familie, lebte in guten äufseren Verhältnissen und will früher niemals krank gewesen sein. Die Menses traten im 15. Jahre ein und waren immer regelmäfsig.

Anfangs Januar 1883 wurde die Patientin syphilitisch infiziert durch einen gewissen Dienstknecht K., der später wegen harten Schankers und Sekundärsymptomen in die syphilitische Klinik des Julius-Spitals aufgenommen wurde. Ende Januar 1883 will die Patientin ein kleines Geschwür an den äufseren Geschlechtsteilen bemerkt haben. Anfangs April 1883 bemerkte die Patientin einen roten, nicht juckenden und nicht schuppenden Fleckenausschlag auf Brust und Bauch, der sich allmählich auch auf die Haut des Halses, der Oberarme und Oberschenkel erstreckte. Ende April 1883 bemerkte die Patientin eines Morgens, dafs der bisher rote Fleckenausschlag plötzlich über Nacht eine schwarzbraune Farbe angenommen hatte. Darüber erschreckt, suchte Patientin einige Tage später Hilfe im Julius-Spital. Während der ganzen Dauer des roten Fleckenausschlages und auch bei der Umwandlung der roten Flecke in schwarzbraune war das Wohlbefinden der Patientin in keiner Weise gestört. Fieber hatte die Patientin während ihrer ganzen Krankheit bis zum Eintritt ins Julius-Spital niemals gehabt.

---

[10] *Berl. kl. Wochenschr.* 1886. No. 3. Diskussion zu ROSENTHALS Vortrag über Leucoderma. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1886. pag. 110.

[11] Die Veröffentlichung dieses Falles, den ich als Assistenzarzt der Würzburger Klinik für Syphilis u. Hautkrankheiten beobachtet hatte, war bisher aus zufälligen Gründen unterblieben. Er wurde übrigens 1884 von Dr. OEFELEIN zu einer Inaugural-Dissertation benutzt, gelangte aber auf diese Weise nicht zur Kenntnis des ärztlichen Publikums. Aufserdem wurde die Krankengeschichte dieses Falles in der genannten Dissertation in vielen Punkten nicht richtig wiedergegeben.

Bei der ersten Untersuchung der Patientin am 1. Mai 1883 wurde folgender Krankheitszustand konstatiert: Die Patientin ist von mittlerer Gröfse, ist gut gebaut, ihr Fettpolster mäfsig entwickelt, ihre Haare schwarz, ihre Augen dunkelbraun, ihr Teint dunkel, Brust- und Unterleibsorgane sind normal. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist ein durchaus gutes.

Die Haut der Patientin bietet einen höchst merkwürdigen Anblick dar: die Haut des ganzen Stammes, dann des Halses, ferner der oberen Extremitäten bis zur Hälfte der Vorderarme und der unteren Extremitäten bis in die Hälfte der Oberschenkel ist mit zahllosen, nicht erhabenen, nicht schuppenden und nicht juckenden, dunkelschwarzbraunen, kleinen oder mäfsig grofsen, scharfbegrenzten Flecken übersät. Bei genauerer Betrachtung findet man über die Gröfse, Form, Farbe und Verteilung dieser Pigmentflecke folgende Details: Die Haut des ganzen Halses und der Supraklavikulargegend ist dicht bedeckt mit diesen schwarzbraunen Pigmentflecken; ihre Gröfse schwankt hier zwischen der einer Linse und der eines Thalerstückes. Die kleineren Pigmentflecke sind rund oder oval, die gröfseren sind unregelmäfsig begrenzt. Die Haut der Infraklavikulargegend ist frei von Pigmentflecken; ebenso die Haut über dem Sternum. Im übrigen ist die Haut der Brust dicht bedeckt mit schwarzbraunen Pigmentflecken; sie sind hier von der Gröfse einer Linse bis zu der eines Pfennigstückes und haben teils runden oder ovalen, teils unregelmäfsigen Kontur; viele zeigen eine deutliche Anordnung in Form von Kreisen oder Kreisbögen. Die Haut der Seitenflächen des Thorax ist dicht besät mit den Pigmentflecken; sie sind hier meist gleich grofs — etwa von der Gröfse eines Pfennigstückes — und haben fast alle eine ovale Form; bei vielen ist der Längsdurchmesser parallel zum Verlaufe der Rippen gerichtet. Die Haut des Bauches ist dicht bedeckt von diesen Pigmentflecken; sie sind hier von der Gröfse einer Linse bis zu der eines Pfennigstückes, teils rund, teils oval, teils unregelmäfsig konturiert. Auffallender Weise ist ein halbhandbreiter, gürtelförmiger Streifen der ganzen Bauchhaut oberhalb des Nabels nur wenig von Pigmentflecken bedeckt. Auf dem Rücken ist eine dreieckige Fläche, deren Spitze am VII. Halswirbel und deren Basis zwischen den Schulterblättern liegt, ganz frei von Pigmentflecken. Im übrigen ist die Haut des Rückens, ferner der Schultern und der Kreuzbeingegend übersät mit diesen Pigmentflecken, die hier von der Gröfse einer Linse bis zu der eines Pfennigstückes und meist von ovaler Form sind. Auf der Haut des Rückens findet sich ebenfalls eine halbhandbreite Zone, die weniger von Pigmentflecken bedeckt ist und die eben genannte gleichartige Zone der Bauchhaut zu einem um den ganzen Rumpf herumgehenden Gürtel ergänzt. Die Haut der Nates und der Oberschenkel bis in deren Mitte ist mit den Pigmentflecken nicht so reichlich bedeckt, als Rücken-, Brust- und Bauchhaut. Dagegen sind hier die Pigmentflecke gröfser, bis zu Markstückgröfse und meist unregelmäfsig (zackig) begrenzt. Die Pigmentflecke auf der Innenseite der Oberschenkel sind dunkler gefärbt als alle übrigen, sie

haben hier teilweise eine geradezu schwarze Farbe. Auf der Haut der Nates nimmt man deutliche Anordnung der Pigmentflecke in Kreisform wahr. Die Haut der unteren Extremitäten von der Mitte der Oberschenkel an ist frei von Pigmentflecken. Von den oberen Extremitäten ist die Haut der Beugeseiten mehr mit Pigmentflecken bedeckt als die der Streckseiten. Die schwarzbraunen Pigmentflecke sind hier weniger zahlreich und kleiner als auf der übrigen Haut; sie sind hier von der Gröfse einer halben Linse bis zu der eines Pfennigstückes. Die kleineren sind rund oder oval, die gröfseren sind unregelmäfsig begrenzt. Die untere Hälfte der Vorderarme und die Hände sind frei von Pigmentflecken; ebenso Gesicht und Kopf.

Alle Pigmentflecke ohne Ausnahme sind, wie hier nochmals bemerkt sei, scharf begrenzt; ihre Farbe ist am Rande ebenso dunkel wie im Zentrum, und es findet kein Übergang von der schwarzbraunen Farbe des Pigmentflecks zur normalen Hautfarbe statt.

Der Leser macht sich am besten ein Bild von dieser merkwürdigen Hautaffektion, wenn er sich eine Patientin vorstellt mit reichlichem kleinmakulösen Syphilid der Haut des Stammes und der oberen Extremitäten und mit zahlreichen gröfseren Roseolaflecken am Hals, den Nates und Oberschenkeln, und sich diese syphilitischen Maculae statt kupferrot gefärbt schwarzbraun tingiert denkt.

An den grofsen und kleinen Labien und am Anus viele mäfsig grofse, breite, nässende Papeln. Zwei breite, nässende Papeln in der Nabelgrube. Geschwürig zerfallene Papeln auf beiden Tonsillen; zwei Papeln am oberen Rande der Epiglottis.

Die Lymphdrüsen der Leistengegend beiderseits, ferner die Cervikaldrüsen, die Kubital- und Axillardrüsen beiderseits ziemlich bedeutend geschwollen und bei Druck nicht schmerzhaft.

Verlauf der Krankheit: Die Patientin, die bisher, bis zu ihrem Eintritte ins Spital, keinerlei antisyphilitische Behandlung durchgemacht hatte, wurde nun einer Quecksilberkur unterworfen und erhielt zunächst 25 Injektionen von Hg-Formamid in der Zeit vom 2.—30. Mai. Vom 19.—21. Mai mufsten die Injektionen wegen ulceröser Merkurialstomatitis ausgesetzt werden; die Merkurialgeschwüre heilten schnell durch die von Gerhardt[12] angegebenen Ätzungen mit Bromwasserstoffsäure. Nach Beendigung der Injektionskur erhielt die Patientin noch 7 Inunktionen von grauer Salbe (4,0 g pro dosi) u. z. in der Zeit vom 1.—7. Juni. Vom 22. Mai an bis zu ihrem Austritt aus dem Spital am 21. Juni nahm die Patientin Jodkalium u. z. 1,5 g pro die. Die nässenden Papeln an den Genitalien, am Anus und am Nabel wurden mit Salzwasser und Kalomel behandelt und waren rasch geheilt. Die Geschwüre an den Tonsillen sowie die Papeln an der Epiglottis waren bald nach Einleitung der Hg-Behandlung ver-

[12] *Sitzungsberichte der phys.-med. Ges. zu Würzburg* 1883. Ref. in *Monatshefte f. prakt. Derm.* 1885. pag. 162.

Bockhart, Pigment-Syphilis.

A. Rabus del 1883.

lith K.ª Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

schwunden. Die geschwollenen Lymphdrüsen der Leistengegend, der Axillar- und Cervikalgegend waren nach Beendigung der Hg-Kur bedeutend kleiner geworden; die Kubitaldrüsen hatten sich nicht verkleinert.

Das Pigmentexanthem hatte sich am Ende der Hg-Behandlung nicht sehr verändert. Das Zentrum aller Pigmentflecke war noch schwarzbraun; nur gegen die Peripherie der Pigmentflecke zu nahm die schwarzbraune Farbe derselben allmählich ab und ging in eine dunkelbraune Pigmentierung über. Der Rand der Pigmentflecke war jetzt nicht mehr scharf gegen die gesunde Haut hin abgegrenzt, sondern er ging mehr oder minder verschwommen allmählich in das normale Hautkolorit über.

Am 21. Juni 1883 wurde die Patientin in diesem Zustande aus dem Julius-Spitale entlassen. Im August und im Oktober 1883 kam die Patientin auf meinen Wunsch wieder nach Würzburg und stellte sich mir wieder vor. Bis zum August war keine weitere Veränderung in der Farbe der Pigmentflecke eingetreten. Im Oktober 1883 dagegen hatten alle Pigmentflecke die schwarzbraune Farbe verloren und waren gelbbraun geworden. Später sah ich die Patientin nicht wieder.

Während ihres Spitalaufenthaltes wurde die Patientin von mir mehrmals in der Syphilisklinik, die ich damals interimistisch abhielt, vorgestellt und auch vielen fremden Ärzten gezeigt; der Anblick dieses merkwürdigen Pigmentexanthems erregte jedesmal das Erstaunen aller, die es sahen.

Gleich nach dem Eintritte der Patientin ins Julius-Spital excidierte ich derselben ein pigmentiertes Hautstückchen vom Rücken zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung. Das Hautstückchen wurde in Alkohol gehärtet und mit dem Mikrotom geschnitten. Die Schnittpräparate wurden teils mit Hämatoxylin, teils mit Borax-Karmin gefärbt, teils wurden sie ungefärbt untersucht.

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgenden Befund:

In der Epidermis fanden sich die Cylinderzellenschicht und die Stachelzellenschicht bis an die Grenze der Körnerzellenschicht stark pigmentiert. Die Cylinderzellen waren von dunkelschwarzbraunem, die Stachelzellen von dunkelbraunem Pigment erfüllt. Die Kerne dieser Zellen enthielten kein Pigment. Die Hornmembranen waren dunkler gefärbt als gewöhnlich; sie hatten eine braungelbe Farbe.

Die pathologischen Veränderungen in der Cutis betrafen hauptsächlich die kleinsten Gefäfschen der unterhalb des Papillar-

körpers gelegenen und als Stratum subpapillare bezeichneten Schicht der Cutis. Der gröfste Teil dieser (arteriellen und venösen) Gefäfschen war auf eine kürzere oder längere Strecke mit Fibringerinnseln erfüllt, thrombosiert. Um jedes dieser thrombosierten Gefäfschen herum lag eine verhältnismäfsig grofse Menge von schwarzbraunem und rotbraunem Pigment. Der gröfsere Teil dieses Pigmentes lag in Form von Körnern innerhalb des Protoplasmas von Zellen, die ihrer Form nach als Wanderzellen angesprochen werden mufsten. Solche pigmentierte Wanderzellen lagen in beträchtlicher Menge dicht um die thrombosierten Gefäfse herum. Ein andrer Teil des Pigmentes lag innerhalb des Protoplasmas von Bindegewebskörperchen. Ein kleiner Teil des Pigmentes lag frei in Form von Schollen im Gewebe, oder hatte wenigstens keinen erkennbaren Zusammenhang mit Zellen. Auch einige schön ausgebildete Hämatoidinkristalle fanden sich in der Umgebung fast eines jeden dieser Gefäfschen frei im Gewebe. Das Gewebe (Binde- und elastische Gewebe) um die Gefäfse herum war gelb tingiert. Die Wandungen der thrombosierten Gefäfschen waren, wie sich an Quer- und Längsschnitten deutlich erkennen liefs, ebenfalls verändert u. z. in folgender Weise: Die Endothelien dieser Gefäfschen waren vergröfsert und sprangen unregelmäfsig zackig gegen das Gefäfslumen vor; der Zusammenhang der Endothelien untereinander war gelockert; die Kerne der Endothelmembranen waren gewuchert. Einige Endothelien waren mit feinen Pigmentkörnern ganz erfüllt. Die Adventitia dieser Gefäfschen enthielt teils pigmenthaltige, teils pigmentlose Wanderzellen.

Neben diesen thrombosierten und von Pigment reichlich umgebenen Gefäfschen fanden sich auch einige Gefäfschen, die keinen Thrombus enthielten, die aber an einer Stelle ihres Verlaufes und dicht neben ihrer Wand von einer kleinen — bei schwacher Vergröfserung punktförmigen — Pigmentablagerung umgeben waren. Auch hier befand sich der gröfsere Teil des Pigmentes innerhalb von Wanderzellen, der kleinere Teil desselben lag in Bindegewebskörperchen oder als braune Schollen frei im Gewebe. Hier und da war im Bereiche dieser Pigmentablagerungen auch das blasse Stroma eines ausgelaugten roten

Blutkörperchens deutlich erkennbar. An einigen dieser Gefäfschen war keine Veränderung der Gefäfswand wahrnehmbar, an den meisten aber dieselbe Endothelveränderung, die oben für die thrombosierten Gefäfschen beschrieben wurde, jedoch in etwas geringerem Grade. Auch hier Wanderzellen in der Adventitia.

Aufser den von Pigmentablagerungen umgebenen Gefäfschen fanden sich im Stratum subpapillare auch einzelne Gefäfschen, die nicht von Pigment umgeben waren, deren Endothelien sich jedoch ebenfalls in der oben für die thrombosierten Gefäfschen beschriebenen Weise, aber in viel geringerem Grade, verändert erwiesen, und in deren Adventitia Wanderzellen sich fanden. Wanderzellen lagen auch in der nächsten Umgebung dieser Gefäfschen.

Ein Teil endlich der Gefäfschen des Stratum subpapillare wies gar keine pathologischen Veränderungen auf. Die Zahl der nicht erkrankten Gefäfschen des Stratum subpapillare betrug in den einzelnen Präparaten ungefähr ein viertel bis ein drittel aller hier sichtbaren Gefäfschen.

Die Gefäfse in den tieferen Schichten der Cutis zeigten keine pathologischen Veränderungen.

Die Kapillargefäfse in den Papillen waren gröfstenteils von vielen Wanderzellen rings umgeben. Eine deutliche Veränderung des Endothels liefs sich jedoch an diesen Gefäfsen nicht erkennen.

Aufser den eben beschriebenen Gefäfsveränderungen fanden sich noch folgende pathologische Produkte in der Cutis: Im Papillarkörper ziemlich viele pigmenthaltige Wanderzellen, die nicht in Beziehung standen zu den Kapillargefäfsen der Papillen, sondern offenbar aus dem Stratum subpapillare eingewandert waren. In dieser letzteren Cutisschicht waren pigmentführende Wanderzellen und pigmenthaltige Bindegewebskörperchen auch in grösserer Entfernung von den mit Pigment umgebenen Gefäfsen u. zw. so zahlreich vorhanden, dafs sie das Gewebe ziemlich gleichmäfsig durchsetzten. In den tieferen Schichten der Cutis fanden sich diese pigmentierten Zellen nicht.

In dem excidierten erkrankten Hautstückchen zeigten sich also verschiedenartige Veränderungen an den Blutgefäfsen. Dieselben erfordern eine eingehendere Besprechung. Zunächst ist zu bemerken, dafs auffallenderweise alle erkrankten Gefäfschen

in der oberen Cutisschicht lagen; unterhalb des Stratum subpapillare fanden sich keine Gefäfsveränderungen.

Am wenigsten erkrankt waren offenbar die Kapillargefäfse in den Papillen; ihr Endothel war nicht sichtbar verändert, dagegen waren sie von ausgewanderten weifsen Blutzellen umgeben. In ähnlicher Weise, jedoch schon in höherem Grade verändert war ein Teil der Gefäfschen des Stratum subpapillare. Die Endothelien waren hier etwas vergröfsert; ihre Kerne gewuchert; Wanderzellen lagen in der Adventitia und in der Umgebung der Gefäfschen. Diese Gefäfsalterationen entsprechen wohl den von Biesiadecki[13] und Kaposi[14] beschriebenen Gefäfsveränderungen im Bereiche der Macula syphilitica.

Noch mehr verändert war ein andrer Teil der Gefäfschen des Stratum subpapillare, nämlich jene, die von kleinen, punktförmigen Pigmentablagerungen und pigmentierten Wanderzellen und Bindegewebskörperchen umgeben waren. Die Endothelien dieser Gefäfse und ihre Kerne waren meist stärker gewuchert; es fanden sich auch hier Wanderzellen in der Adventitia. Die Pigmentablagerung rührte hier offenbar von ausgewanderten roten Blutkörperchen her. Diese letzteren waren zerfallen und hatten ihren Farbstoff teils an Wanderzellen, teils an Bindegewebskörperchen abgegeben; ein Teil des Blutfarbstoffes fand sich aber auch frei in Schollenform im Gewebe niedergeschlagen. Derartige Haemorrhagiae per diapedesin kommen wohl im Bereiche jeder älteren Macula syphilitica vor, und sie sind ohne Zweifel auch die Ursache des eigentümlichen Farbentones älterer Roseolaflecke und der nach dem Abheilen der letzteren zurückbleibenden schwachen Hautpigmentierung (Bäumler[15], Finger[16], Mauriac[17] u. a.).

---

[13] Beiträge zur physiol. u. pathol. Anat. d. Haut. *Sitzungsber. d. K. bayer Akad. der W.* 1867.

[14] l. c. pag. 133.

[15] *Handb. d. chron. Infectionskrankheiten* I. Teil. Syphilis. (*Ziemssens Handbuch.* III. Bd.) 1886. pag. 133.

[16] *Lehrbuch der Syphilis und der venerischen Krankheiten.* 1886. pag. 47.

[17] *Leçons sur les maladies vénériennes.* 1883. pag. 531.

Am meisten verändert waren die Wandungen der zahlreichen thrombosierten Gefäfschen. Hier war die Endothelerkrankung und die Durchwucherung der Adventitia mit Wanderzellen am meisten ausgesprochen. Die verhältnismäfsig bedeutenden Pigmentmassen, welche diese Gefäfschen umgaben, und die teils in Wander- und Bindegewebszellen enthalten waren, teils in Form von Schollen oder Kristallen frei im Gewebe lagen, konnten nicht von ausgewanderten roten Blutkörperchen herrühren, sondern von ausgetretenem gelösten Blutfarbstoff. Verblafste, rote Blutkörperchen oder Andeutungen von Konturen derselben waren trotz der bedeutenden Pigmentablagerung hier nirgends zu sehen. Hätte es sich hier um Hämorrhagien gehandelt, so müfste man dergleichen wahrgenommen haben. Die Pigmentbildung wird hier auf dieselbe Weise zu stande gekommen sein, wie sie Gussenbauer[18] in melanotischen Sarkomen der Haut entstehen sah: nachdem die Bewegung der Blutsäule in dem Gefäfse oder Gefäfsabschnitte zu sistieren begonnen hatte, trat Entfärbung der roten Blutkörperchen und Lösung ihres Farbstoffes im Blutplasma ein. Das so gelöste Hämoglobin diffundierte alsdann durch die Wandungen der Gefäfse und fiel hierauf teils schon in den Gefäfswandungen selbst, gröfstenteils aber in der Umgebung der Gefäfse in Form von Pigmentkörnern oder Pigment- (Hämatoidin-) Kristallen nieder.

Thrombosierte Gefäfschen sah auch Riehl[19] in der pigmentierten Haut bei Morbus Addison. In der Nähe dieser thrombosierten Gefäfse fand Riehl aber auch Hämorrhagien.

Den für unsern Fall von Pigmentsyphilis beschriebenen verschiedenartigen Gefäfsveränderungen ist gemeinsam die Endothelerkrankung. Die erkrankten Kapillargefäfse der Papillen liefsen eine solche zwar nicht erkennen, aber eine Alteration des Endothels mufs vorhanden gewesen sein, weil weifse Blutkörperchen aus den Kapillaren ausgetreten waren. Die Endothelveränderungen der

[18] Über die Pigmentbildung in melanotischen Sarkomen und einfachen Melanomen der Haut. *Virchows Archiv.* Bd. 63. 1875.

[19] Zur Pathologie des Morbus Addison. *Zeitschrift für klin. Med.* Bd. 10. 1886.

erkrankten Gefäfschen des Stratum subpapillare, namentlich der thrombosierten, waren derart, dafs man sie als Endarteriitis und Endophlebitis bezeichnen kann. Man wird nicht fehlgehen, wenn man annimmt, dafs die Endothelveränderungen der Gefäfse die Ursache der Hämorrhagien und der Thrombose waren. Mit Rücksicht auf diese Annahme dürfte die Entwickelung unsers Pigmentsyphilids in folgender Weise zu schildern sein.

Zuerst entstand durch den Einfluſs des syphilitischen Virus eine geringe Alteration des Endothels der Kapillargefäfse in den Papillen und der Gefäfschen im Stratum subpapillare, die zusammen mit Hyperämie und Erweiterung der Gefäfse und mit mäfsiger Auswanderung von weifsen Blutzellen das Bild der frischen Roseola syphilitica hervorrief. Später entstanden in unserm Falle schwerere Veränderungen an den Endothelien der Gefäfse des Stratum subpapillare, die man als Endarteriitis und Endophlebitis deuten kann. Dieselben hatten teilweise keine weiteren Folgen, teils aber gestatteten sie die Auswanderung roter Blutkörperchen aus dem erkrankten Gefäfsrohr (Haemorrhagia per diapedesin). Zu dieser Zeit hatten die Roseolaflecke unsrer Kranken die bekannte kupferrote Farbe der älteren syphilitischen Maculae angenommen. In einer noch späteren Periode der Krankheit thrombosierten viele Gefäfschen des Stratum subpapillare im Bereiche jedes Roseolaflecks infolge einer inzwischen weiter vorgeschrittenen Erkrankung ihrer Endothelien.

Der aus den thrombosierten Gefäfschen reichlich diffundierte Blutfarbstoff rief nun durch seine Umwandlung in dunkles Pigment die schwarzbraune Färbung jedes früheren Roseolafleckes hervor. Diese Umwandlung der roten Farbe jedes Roseolafleckes in eine schwarzbraune geschah nach der sicheren Beobachtung der Patientin sehr rasch.

Wie die Pigmentverteilung in der Cutis zu stande kam, ist aus der Betrachtung der mikroskopischen Präparate klar ersichtlich: Das Pigment blieb zum geringsten Teile in Form von Schollen oder Kristallen im Gewebe liegen, gröfstenteils wurde es von den Bindegewebskörperchen und Wanderzellen aufgenommen und von den letzteren in dem Stratum subpapillare verbreitet und auch in den Papillarkörper verschleppt. In die

Epidermis gelangte das Pigment wohl durch pigmentführende Coriumzellen (NOTHNAGEL[20], EHRMANN[21]).

Ähnliche Gefäfsveränderungen, wie sie sich bei diesem Falle von Pigmentsyphilis fanden, scheinen auch einer andren seltenen von Pigmentbildung gefolgten Syphilisform zu Grunde zu liegen, der hämorrhagischen Syphilis. Es existieren zwar, soviel ich weifs, in der Litteratur keine Angaben über histologische Untersuchungen der hämorrhagischen Syphilide, man wird aber doch dem jüngsten Autor über diesen Gegenstand, HOROVITZ[22], Recht geben müssen, wenn er annimmt, dafs diese Syphilisform infolge einer grofsen Durchlässigkeit der Gefäfswände mit folgendem massenhaften Durchtritte von roten Blutkörperchen entsteht. Bei der hämorrhagischen Syphilis wird es sich demnach um eine durch das syphilitische Virus bedingte grofse Porosität der Gefäfswandungen handeln, die eine beträchtliche Haemorrhagia per diapedesin zur Folge hat — ein Vorgang, der nur eine bedeutende Steigerung der im Bereiche jeder syphilitischen Macula oder Papel stattfindenden geringgradigen Haemorrhagia per diapedesin ist. Die bei der hämorrhagischen Syphilis aus den Gefäfsen ausgetretenen roten Blutkörperchen verlieren ihren Blutfarbstoff erst nach einiger Zeit und allmählich, und dann erst wandelt sich derselbe in braunes Pigment um. Bei der Pigmentsyphilis dagegen, wenigstens in unserm Falle, handelt es sich um eine durch das syphilitische Gift bedingte Erkrankung der Gefäfswand, die zur Thrombose und zur Diffusion schon gelösten Blutfarbstoffes führt. Der Blutfarbstoff, der hier die roten Blutkörperchen schon innerhalb der stillestehenden Blutsäule verläfst, diffundiert als solcher, im Blutplasma gelöst, ins Gewebe, wo er sich sofort in dunkles Pigment verwandelt, das die erkrankten Hautpartien schwarzbraun färbt.

Die Hauthämorrhagien bei der hämorrhagischen Syphilis sind durch eine direkte Einwirkung des syphilitischen Virus hervor-

---

[20] Zur Pathologie des Morbus Addison. *Zeitschrift für klin. Med.* Bd. 10. Heft 5 u. 6.

[21] Untersuchungen über die Physiologie u. Pathologie des Hautpigmentes. *Vierteljahresschr. f. D. u. S.* 1885 u. 1886.

[22] Zur Kenntnis der hämorrhagischen Syphilis. *Vierteljahresschr. f. D. u S.* 1886.

gerufen. Die Pigmentbildung nach den Hämorrhagien ist nur von konsekutiver Bedeutung. Bei der Pigmentsyphilis dagegen, wo der Blutfarbstoff schon als solcher gelöst die Gefäfse verläfst, ist die Hautpigmentierung mit dem gleichen Rechte auf den direkten Einfluſs des syphilitischen Kontagiums zurückzuführen, wie die Hauthämorrhagien bei hämorrhagischer Syphilis oder die zellige Infiltration der Cutis bei der syphilitischen Papel.

Hämorrhagische Syphilis und Pigmentsyphilis haben beide, wie es scheint, eine sehr gute Prognose. Die von BÄLZ[23] und HOROVITZ[24] beschriebenen Fälle von Syphilis haemorrhagica verliefen sehr günstig, und in unserm Falle von Pigmentsyphilis war trotz der ausgedehnten Veränderung in der Cutis nicht die geringste Alteration des Allgemeinbefindens der Patienten zu bemerken. Die merkurielle Behandlung hatte auf die Rückbildung der Pigmentflecke in unserm Falle von Pigmentsyphilis keinen wesentlichen Einfluſs. In bezug auf die Frage nach der Resorption des Pigmentes bei dieser Syphilisform möchte ich mich der Ansicht NEUMANNS[25] anschlieſsen, „daſs nur das in Exsudatzellen eingeschlossene Pigment noch einer raschen Resorption fähig ist, während das in Bindegewebskörperchen eingelagerte Pigment als bleibendes Depositum angesehen werden muſs, welches lange oder für immer persistiert."

Herrn Geheimrat GERHARDT spreche ich für die gütige Überlassung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank aus.

Erklärung der Tafel.

Die Tafel gibt eine Abbildung der Innenseite des rechten Oberarmes der Patientin in $^3/_4$ der natürlichen Gröfse. Die Zeichnung wurde sogleich nach dem Eintritt der Patientin ins Spital durch den Zeichner des anatomischen Institus in Würzburg, Herrn RABUS, angefertigt.

---

[23] *Archiv der Heilkunde.* 1875.

[24] l. c.

[25] Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide etc. *Vierteljahresschr. f. D. u. S.* 1885. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1885. pag. 450.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme mit Beteiligung der Mund- und Rachenschleimhaut, von ALFRED LANZ (Moskau). (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1886. Nr. 41.) Am 26. Febr. wurde der 28jährige Portier, JACOB R. auf die Klinik des Prof. MANSSUROW aufgenommen und ergab folgenden Stat. praes.: An der Palmar- und Dorsalfläche der Hände, an der Dorsalseite der Vorderarme, besonders an den Ellenbogen, an der Streckseite der Kniegelenke, an der Plantar- und Dorsalfläche der Füfse, auch hier und da an der Hinterfläche der Oberschenkel und ad nates bemerkt man einen Ausschlag von der Gröfse eines Stecknadelkopfes bis zu der eines silbernen Fünfzehnkopekenstückes; die einzelnen Effloreszenzen sind rund, von roter Farbe und erheben sich etwas über das Niveau der gesunden Haut; die rote Farbe schwindet gänzlich unter Fingerdruck, die Effloreszenzen werden dabei flach, und die erkrankten Hautpartien fühlen sich nicht härter an, als die normalen; der Ausschlag ist von leichtem Jucken begleitet; nirgends ist eine Desquamation zu bemerken; die Röte der Effloreszenzen schwindet nicht allein auf Druck, dasselbe Resultat erzielt man z. B. an der Hand, indem man den Kranken die letztere aufheben und so eine Zeitlang halten läfst; nach dem Herunterlassen tritt die Röte sofort wieder ein. Die Farbe der kleineren und gröfseren Effloreszenzen ist insofern verschieden, als die ersteren rosarot erscheinen, während die letzteren aus Kreisen von verschiedener Farbe bestehen; das Zentrum dieser gröfseren Effloreszenzen wird nämlich von einer dünnen, stecknadelknopfgrofsen, fast schwarzen Borke eingenommen, dann folgt ein ziemlich scharf begrenzter Kreis von blauroter Farbe, dieser Kreis wird endlich von einem zinnoberroten Ring umschlossen, dessen Farbe allmählich in die der normalen Haut übergeht (Erythema iris). An einigen Effloreszenzen bemerkt man anstatt des zentralen Börkchens ein Bläschen mit hellem Inhalte (Erythema vesiculosum), und an 2—3 Effloreszenzen des rechten Vorderarms sieht man aufser diesen zentralen Bläschen noch einen ganzen Ring aus eben solchen hellen Bläschen, und zwar befindet sich derselbe an der Grenze zwischen dem blau- und zinnoberroten Kreise (Herpes iris). Vom Ausschlage sind am meisten die Hände befallen; hier fliefsen einige Effloreszenzen mit ihren peripheren Kreisen zusammen und bilden auf diese Weise eine diffuse rote Fläche, auf welcher die oben erwähnten blauroten Kreise scharf hervortreten; an den Ellenbogen, Knieen und Füfsen ist der Ausschlag weniger verbreitet. Die Schleimhaut der Unterlippe ist von dunklen Blutborken bedeckt, nach deren Entfernung oberflächliche Erosionen sichtbar werden; letztere haben eine unregelmäfsige Form, bluten leicht und sind von einem hellroten Saum umgeben; an einigen Stellen sitzt das Epithel, obzwar schon gelockert, noch auf; diese Stellen erscheinen getrübt,

von weifsgrauer Farbe. Dieselben Veränderungen findet man an den Mundwinkeln, von wo aus sie sich an der Innenfläche beider Wangen bis zu den Proc. coronoidei max. inf. erstrecken; die Affektion beschränkt sich auf jene Partie der Schleimhaut, welche bei offenem Munde dem Zwischenraum zwischen den Zähnen des Ober- und Unterkiefers entspricht. An der linken Seite erstreckt sich die Affektion noch auf die Schleimhaut des weichen und harten Gaumens, indem sie hier eine länglichovale Erosion von der Gröfse einer kleinen Nufs bildet. An der linken Wange besteht die Affektion in einer einzigen länglichen Erosion, welche sich vom Mundwinkel bis zum Proc. coronoid. erstreckt; aus den kreisförmigen Konturen derselben kann man jedoch schliefsen, dafs sie ihr Entstehen dem Zusammenfliefsen einzelner Eruptionen verdankt; an der rechten Wange ist von einem solchen Zusammenfliefsen nichts zu bemerken, im Gegenteil treten hier die einzelnen Effloreszenzen deutlich auf, indem sie als rundliche Erosionen erscheinen, welche hier und da von getrübtem, weifslich grauem Epithel umsäumt sind; die Schleimhaut hat in der Umgebung dieser Erosionen eine helle rote Färbung angenommen, welche dann allmählich in die der normalen Schleimhaut übergeht. Eben solche Erosionen, obwohl in geringer Anzahl, befinden sich an der hintern Fläche der Uvula, sowie an der hintern Pharynxwand; letztere werden erst nach Entfernung des schleimigblutigen Sekretes bemerkbar, welches die hintere Pharynxwand bedeckt; die laryngoskopische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. An der Glans penis, neben dem Frenulum praeputii, befindet sich beiderseits je eine Erosion von der Gröfse einer Erbse; diese Erosionen sind rundlich und vollkommen symmetrisch gelegen. Die Inguininal- Hals- und Kubital-Drüsen sind etwas angeschwollen. Innere Organe intakt.

Patient klagt über heftigen Schmerz beim Kauen, obzwar auch flüssige Speise einigen Schmerz an der affizierten Schleimhaut verursacht; aufserdem hat Patient geringes Jucken an den vom Ausschlage okkupierten Hautpartien und klagt über Gefühl von Frösteln, welches mehrmals des Tages auftreten soll. Abendtemperatur am Tage der Aufnahme 39 °. Anamnestisch gibt Patient an, dafs er, 20 Jahre alt, einen weichen Schanker acquiriert hatte; an Syphilis hat er nie gelitten. Vor etwa 3 Wochen habe er Kopfschmerzen bekommen und unter Fiebererscheinungen, Frösteln und Hitze seien dann Schmerzen in den Gelenken (Knie-, Ellbogengelenk) aufgetreten; die Schmerzen seien bald wieder verschwunden, als er den 14. Febr. plötzlich an der Unterlippe einen roten Fleck erblickte, welcher sich schnell vergröfserte und schmerzhaft wurde; die 2 nächstfolgenden Tage habe er eben solche Flecke an der Schleimhaut der Wangen bemerkt und zugleich heftigen Schmerz beim Kauen verspürt. Abends den 17. Febr. habe Patient an der linken Hohlhand einen roten Fleck wahrgenommen, welcher etwas juckte, den nächsten Morgen seien aber schon beide Hände, und zwar wie die Palmar- so auch die Dorsalflächen derselben, von solchen Flecken bedeckt gewesen; in den nächsten Tagen habe sich das Exanthem an den übrigen

Stellen, den Knieen, Ellenbogen und Füfsen gezeigt, und zwar sei das Auftreten desselben jedesmal mit Jucken verbunden gewesen. In bezug auf den Verlauf des Leidens ist zu bemerken, dafs das Fieber nach 3 Tagen aufhörte, dafs die Erosionen am Penis zuerst heilten, dann die der Mundschleimhaut, dafs das Hautexanthem allmählich erblafste, sich abschuppte, so dafs Patient am 21. März als geheilt entlassen werden konnte. Die Ätiologie blieb auch in diesem Falle unaufgeklärt. Die Diagnose konnte in bezug auf das Hautexanthem nicht zweifelhaft sein, anders verhielt es sich dagegen mit der Schleimhautaffektion, die einige Ähnlichkeit mit syphilitischen Papeln hatte; doch sprachen die Rapidität des Auftretens, die leichten Blutungen, die Schmerzhaftigkeit, die hellrote Umgebung und endlich die Lokalisation dagegen. Interessant ist in diesem Falle, dafs die Schleimhautaffektion 3 Tage vor dem Hautausschlage auftrat, obgleich nicht viele Fälle bekannt sind, die mit Schleimhautaffektionen verbunden waren. Nach den verschiedenen Autoren soll beim Erythema exsudativum eine Abschuppung nicht erfolgen; in diesem Falle löste sich die Epidermis an den Händen in ganzen Lamellen (Desquamatio membranacea) ab; an den übrigen Teilen war die Abschuppung weniger intensiv.

Über Pseudopellagra. In der Sitzung der Charité-Ärzte vom 1. Juli stellte Prof. Gerhardt einen 50jährigen Arbeiter vor, welcher früher viele Reisen in Ägypten, Italien, hauptsächlich Unteritalien, gemacht hat. In diesem Jahre bekam er eine Schwellung in den Gelenken der untern Extremitäten. Auf ärztlichen Rat setzte er sich Wochen lang mit entblöfsten Unterschenkeln in die Sonne. Die Folge davon war, dafs die Schwellung noch stärker wurde. Die Schwäche in den Beinen, welche bereits in den letzten Jahren bestanden hatte, wurde so hochgradig, dafs er deshalb das Krankenhaus aufsuchte. Trotz der 4wöchentlichen Behandlung im Krankenhause hat die in der Haut der Beine bestehende Hitze nicht nachgelassen, die Haut befindet sich, man könnte sagen, in einem chronisch-erysipelatösen Zustande. Die Abschuppung der Haut dauert noch fort; die Nägel bieten ein zersplittertes und zerfasertes Aussehen, Patient vermag noch nicht zu gehen, hat heftige brennende und stechende Schmerzen in den Beinen. Zu denken wäre in diesem Falle an Erythema solare. Allein die aufserordentliche Hartnäckigkeit der Hautveränderung, die früher bereits bestehende Schwäche in den unteren Extremitäten, welche jetzt zugenommen hat, legen den Verdacht der Möglichkeit eines andren Leidens nahe. Möglicherweise handelt es sich bei dem Kranken um Pseudopellagra oder Pellagra sporadica.

Mykosis fungoides (Alibert). Auf der 59. Naturforscherversammlung entwickelte Prof. H. Köbner (*D. M. Wochenschr.* 1886. Nr. 39, 40) auf Grund von 2 Krankheitsfällen folgendes klinische Bild über dieses Leiden, welches von verschiedenen Autoren verschieden genannt und beurteilt ist. Der

[1] vgl. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1886. pag. 502.

erste Fall zeigte auf wenige Regionen beschränkte, seſshafte, ihren Ort nicht wechselnde Tumoren, von langsamer, in den Anfängen kaum wahrgenommener, das Allgemeinbefinden gar nicht störender Entstehung, neben welchen aber stets das Vorstadium roter resp. ekzemähnlicher Flecke oder oberflächlicher Infiltrate sogar meistenteils noch in ihrer Nähe erkennbar, andermal schon geschwunden ist. Dieser Fall war der Heilung durch Arsenik zugänglich gewesen; seine stetige Involution, die schon während des ersten Monats begonnen hatte, war mit der späteren Steigerung der Dosen unverkennbar parallel gegangen und in etwa weiteren 2 Monaten beendigt. K. sagt: „Ich kann hiernach der Angabe von Vidal und Brocq in doppelter Beziehung nicht beistimmen, indem diese neuesten Autoren gleichfalls eine lokalisierte Varietät unterscheiden, aber dieselbe durch den Mangel der früheren ekzematiformen und lichenoiden Periode Bazins charakterisieren wollen und daher als Mykosis fungoïde d'emblée bezeichnen, während sie die Gefährlichkeit derselben unter Anführung von 3 durch Komplikationen (Phlebitis V. v. facial. et jugular., pleurit. Exsudat, Pleuropneumonie) bei sehr dürftig ernährten und alten Individuen veranlaſsten Todesfällen als eher noch gröſser hinstellen, als bei der nachfolgenden, häufigeren 2. Varietät." Diese gestattet, wie der 2. Krankheitsfall nachwies, 4 Stadien zu unterscheiden. Das erste zeigt nur erythematöse Flecke oder zerstreute Ekzeme, seltener urtikariaähnliche Ausbrüche und Streifen. Es kann 1—2 Jahre dauern und völlig verschwunden sein, wenn die 2. Periode eintritt, welche K. statt der nicht ausreichenden Bezeichnung „lichenoide" die Periode der (flachen) Infiltrate nennen möchte. Von diesen flachen bis halbrunden, anfangs hellroten oder mennigroten, erst später bläulichroten, heftig juckenden Erhebungen von weicher bis mäſsig derber Konsistenz und gespannter, glänzender Oberhaut werden manche in toto, andre nur im Zentrum völlig resorbiert, so daſs ein peripherischer, sich desquamierender Wall verbleibt, — einem Erythema tuberculatum Willans (hier und da selbst einem auf die Oberfläche der Haut projiziert gedachten Erythema nodosum) am ehesten vergleichbar. Während der Resorption der einen kommen an vielen andern Stellen neue, gleiche Phasen durchmachende, oder nur an- und abschwellende, mäſsig desquamierende, hier und da auch diffuse Infiltrate. Nach einigen Monaten erheben sich durch Einzelwachstum oder Konfluenz solcher Infiltrate, oder aus ekzematöser Basis, viel seltener auf scheinbar gesunder oder von der früheren Affektion abgeheilter Haut die eigentlichen knolligen, vielgestaltigen Tumoren, oft auch lappig oder durch Furchen eingeschnürt, dunkelrot, vom Aussehen einer Tomate (Alibert) oder pilzartig aufsitzend (daher Beerschwamm, Alibert, Fuchs). Einzelne können in kurzer Zeit, auch durch Konfluenz, die Gröſse einer Pomeranze erreichen oder gröſsere Flächen, z. B. eine seitliche Halsgegend, oder die ganze Halskragen- und die Achsel-Oberarmgegend manschettenförmig bedecken; am spätesten werden einige gestielt. Ein groſser Teil beginnt schon früh zu nässen, juckt dann noch mehr, sezerniert eine Zeit-

lang Serum, welches mit der fortwährend abgestofsenen Epidermis zu Krusten antrocknet. Einzelne Tumoren können auch in diesem dritten, dem eigentlich erst pathognostischen Stadium der beerschwammähnlichen Geschwülste noch völlig, mit oder ohne Pigmentreste resorbiert werden. Ein gröfserer Teil aber zerfällt gleichzeitig oberflächlich und sondert aus den schmutzig roten, von der Knotensubstanz getragenen und umsäumten, oft äufserst empfindlichen, flachen Ulcerationen massenhaftes Serum und dünnen Eiter ab, welche sich sehr bald zersetzen und zum Unterschied von der Indolenz der geschlossenen Knoten trotz antiseptischer Mittel fötide riechen. Erst nach Monaten, bei langsamer verlaufenden Fällen sogar nach vielen Monaten, leidet das Allgemeinbefinden; Mattigkeit durch den Säfteverlust und das höchst intensive, schlafraubende Jucken, Appetitlosigkeit, Fieberanfälle bei den einzelnen, oft mit lokalen entzündlichen Ödemen auftretenden Knoten oder nachträglichen Infiltrateruptionen. So beginnt allmählich das 4. Stadium der Kachexie, in welchem es neben zahlreicheren oberflächlichen auch zur tiefen, kraterförmigen Ulceration und völligem nekrotischen Zerfall einzelner Knoten, z. B. bis auf das Periost, an welchem derselbe Halt macht, kommen kann. Die reichlichen wässerigen Diarrhöen, wie sie vielfach, und die Frostanfälle mit hohen Temperaturen, wie sie zuweilen in diesem Stadium angegeben werden und das Ende beschleunigen, sind sicherlich oft nur Symptome der Septikämie; nur in 1 Falle (von Amicis) hingen die ersteren, ausnahmsweise abundant blutigen, von Geschwüren im Magen und Duodenum ab, deren eines perforiert hatte. Gewöhnlichere Komplikationen, welche zum Exitus führen, sind vor allem Pneumonien und Pleuritiden mit raschen Ergüssen, viel seltener Nephritis und Urämie.

Die mikroskopische Untersuchung kleinerer, nur in der obern Hälfte der Cutis dunkelroter, sowie gröfserer, auf der ganzen Schnittfläche bis an das Fettgewebe dunkelroter und schwammiger Knoten ergab im wesentlichen Infiltration des Koriums mit massenhaften, vorwiegend runden und rundlichen, wieder häufig ovoiden, einen grofsen Kern enthaltenden Zellen zwischen und mit äufserster Auseinanderdrängung der Bindegewebsfasern, so dafs in hochentwickelten Tumoren inmitten der auf das dichteste aneinander gedrängten, enorm grofsen Zellenhaufen erst durch Pinselung der Schnitte ein maschenförmiges, fein fibrilläres, bindegewebiges Gerüst sichtbar wurde. Aufserdem liegen zwischen jenen vereinzelte grofse, mehrkernige Zellen, Mastzellen von verschiedenster Gestalt und, besonders nahe der untern Grenze des Infiltrates, auffallend grofse spindelförmige Zellen, erfüllt mit fein- oder grobkörnigem Protoplasma, dessen Granula sich, wie in den Mastzellen, durch intensive Tingierbarkeit durch Anilinfarben auszeichnen und oft die Zellkonturen verdecken. An jungen Knoten sieht man die Zellanhäufung um die subpapillären, oberflächlichen Gefäfse der Cutis beginnen und entlang deren Papillarzweigen emporsteigen. Weiterhin nimmt die Massenansammlung der lymphoiden Zellen nach oben und nach unten, stets dem Gefäfsnetz in der ganzen Dicke der Cutis und bis zwischen die Fett-

zellen hinein folgend und dasselbe stellenweise verdeckend, zu, die äufserst sukkulente Cutis mit ihren dilatierten, an wenigen Punkten sogar geborstenen Gefäfsen ist in toto, und der Papillarkörper insbesondere verdickt, die Papillen zuletzt völlig verstrichen, und das Rete, welches vorher wucherte und namentlich nach abwärts kolben- oder keulenförmig verbreitete Zapfen zeigt, ist über ihnen höchst verdünnt, so dafs das Zelleninfiltrat bis an das Stratum corneum reicht, welches zuletzt durchbrochen wird. Im Rete (Malp.) viele Wander- und, sowie in den Papillen, verästigte braune Pigmentzellen. Die bakteriologische Untersuchung ergab niemals Kokken, geschweige denn Kokkenkolonien, noch auch Stäbchen, weder im Gewebe, noch in den Blut- oder Lymphgefäfsen. Ebenso wenig in den entzündlich geschwollenen Lympfdrüsen, der Milz und den fettig degenerierten (von Amyloid freien) Nieren.

Über Spermatorrhöe. Prof. FÜRBRINGER (*D. Med. Wochenschr.* 1886. Nr. 42) möchte als Frucht seiner Untersuchungen in einem gewissen Gegensatz zu den modernen Ansichten, namentlich deutscher Spezialisten, aus der Gruppe der Defäkationsspermatorrhöen eine bestimmte Form, deren Kenntnis für den Praktiker von Wert ist, herausheben. Es kann diese vielleicht mit dem TROUSSEAUschen atonischen Samenfluſs im wesentlichen zusammenfallende Form 1. lediglich als eine Folge lokaler Erkrankung des Urogenitalapparates, speziell einer Insuffizienz der ductus ejaculatorii durch chronische (gonorrhoische) Entzündung auftreten und bedarf nicht des Begriffes der reizbaren Schwäche des Nervensystems; sie kommt 2. auf rein mechanische Weise durch die Wirkung der Bauchpresse auf den Inhalt der Samenblasen zu stande, im Gegensatz zu jenen Formen, in denen auf sympathischem Wege vom Mastdarm aus der gesamte, in krankhafter Irritabilität befindliche Samenentleerungsapparat unter Beteiligung der Prostata betroffen wird; 3. pflegt trotz der Hartnäckigkeit des Samenflusses weder die Potentia coëundi noch die Potentia generandi in irgend bedenklichem Grade zu leiden. Endlich vermag diese Form 4. schon frühzeitig durch methodische Untersuchung der pathologischen Harnröhrenabgänge der Gonorrhoiker erkannt zu werden; der Häufigkeit, mit welcher das Stadium der Latenz, ein gewissermafsen abortiver Zustand sich behauptet, steht eine im allgemeinen geringe Neigung zur Ausartung in die vollendete Form gegenüber.

Dafs diese soeben charakterisierte Form häufig in ihrer Reinheit durch nervöse Begleiterscheinungen gestört wird, sei es, dafs diese schon vorher bestanden oder erst durch die chronische Gonorrhöe bezw. den Samenfluſs selbst hervorgerufen wurden, darf Verf. nach seinen eignen Beobachtungen in Abrede stellen. Allein es existieren auch völlig reine Repräsentanten, die zu keiner Zeit mit neurasthenischen Zuständen irgend zu thun gehabt haben.

Über Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomel und Quecksilberoxyden, von Dr. v. WATRASZEWSKI in Warschau. (*Wien. Med.*

Presse. 1886. Nr. 40—42.) Das Kalomel, und zwar das vapore parat., nicht das via humida parat. (letzteres Präparat soll viel leichter zum Auftreten von Salivation Anlafs geben und aufserdem auch gröfsere lokale Reizerscheinungen aufweisen), injizierte Verf. in Form eines Gemenges von Wasser und Gumm. arab. und zwar 10 Tle. Kalomel auf 5 Tle. Gumm. arab. und 100 Tle. Wasser. Eine gewöhnliche Pravazsche Spritze enthält ungefähr 0,10 Kalomel, und jeder Teilstrich derselben ca. 0,01 des Präparats. Mit Hinblick auf die Mängel der Kalomelwirkung beschlofs Verf. sich zu überzeugen, ob es unter den bekannten Quecksilberpräparaten nicht eine Verbindung gebe, die in ihrem therapeutischen Effekte dem Kalomel gleich stände, bei ihrer subkutanen Anwendung jedoch dessen unangenehme Wirkungen entweder gar nicht oder in einem nur sehr mäfsigen Grade besitzen würde. Er untersuchte daher Hydr. bichlor v. praec. alb.; Hydr. oxydulat. nigr., oxydat. rubr., oxyd. flav., sulfurat., jodat. flav., jodat. rubr., oxydul. tannic. und kam zu dem Resultate: 1. dafs alle obigen Mittel in der subkutanen Therapie der Syphilis ihre Anwendung finden können, 2. dafs den oben gestellten Anforderungen am besten die Oxyde des Hg entsprechen, und zwar das Hydr. oxydul. nigr., das Hydr. oxydat. rubr. laevigat., besonders aber die Modifikation des letzteren, nämlich das Hydr. oxydat. via humida parat. vel flavum. Die Form, in der er es anwandte, war

℞ *Hydr. oxydulat. nigr.*
vel
Hydr. oxydat. rubr. laevigat. 1,0
Gumm. arab. 0,5
Aq. destill. 10,0

eine volle Spritze. Diese Oxyde verteilen sich viel besser in der Flüssigkeit als das Kalomel und geben keine Abscesse an der Injektionsstelle. Noch günstiger ist aber der Gebrauch des Hydr. oxyd. flav. und zwar:

℞ *Hydr. oxyd. flav.* 1,0
Gumm. arab. 0,25
Aq. destill. ad pond. 30,0

In den meisten Fällen genügten 3—5 Injektionen; nie sah er sich genötigt, mehr als 7 Injektionen zu machen. Das Queksilber wurde bald nach den ersten 24 Stunden im Harn nachgewiesen, und zwar stieg die Quantität mit jedem Tage mehr und konnte selbst noch 3 Wochen nach der letzten von 5 (im Verlauf von 4 Wochen) gemachten Einspritzungen nachgewiesen werden.

Eine vereinfachte Methode zum Nachweis von Quecksilber in Flüssigkeiten. Dr. Konrad Alt (*D. Med. Wochenschrift.* 1886. No. 42), ausgehend von der Erwägung, dafs alle bekannten Methoden zum Nachweis des Hg auf Elektrolyse beruhen, und dafs nach den Gesetzen über die Ausscheidung von Metallen, insbesondere von Quecksilber, die Ausscheidung um so ausgiebiger vor sich gehen müsse, je gröfser die zum Amalgamieren dargebotene Oberfläche sei, versprach sich von dem Gebrauche dünnge-

walzter Metallblätter guten Erfolg. Allerdings mufs das Metallblatt so dünn gewalzt sein, dafs es ohne Mühe in ein Reagensglas hineingebracht werden kann, und am zweckmäfsigsten ein solches, das aus 2 verschiedenen Metallen besteht. Allen den gestellten Anforderungen entspricht das äufserst billige, aus Kupfer und Zink zusammengesetzte Rauschgold; auch insofern erschien es geeignet, weil es sehr leicht zu reinigen ist. Verfasser hat sich in seinen Erwartuugen nicht getäuscht und wendet es folgendermafsen an: Die zu untersuchende Flüssigkeit wird mit etwas HCl angesäuert, hierauf wird ein etwa 8 cm langes und 4 cm breites Blatt Rauschgold, das in einem Korkstöpsel eingeklemmt ist, in die Flüssigkeit eingesenkt; es wird durch den Kork das Rauschgold in der Flüssigkeit schwebend erhalten. Dann bringt man die Flüssigkeit ungefähr eine halbe Stunde zum Erwärmen auf den Ofen (nur bis zu 60 ° erwärmen) und läfst sie nacher noch etwa 10 Stunden ruhig stehen. Alsdann wird das Rauschgold an dem Korkstöpsel herausgehoben und zum Zwecke der Reinigung und des Trocknens durch Wasser, Alkohol und zuletzt durch Äther hindurch gezogen. Das vollständig getrocknete Blatt Rauschgold wird darauf recht sorgfältig, am besten mittels zweier ausgeglühter Pinzetten, zusammengefaltet und in einem gewöhnlichen Reagensglas $^1/_2$ Minute erhitzt. Einige Sekunden, nachdem man das Reagensglas in die Flammen gebracht hat, wird dann eine Spur Joddampf zugeblasen; es entsteht sofort bei Vorhandensein von Hg dicht über dem Rauschgold HgJ und HgJ_2. Mit dieser Probe konnte Verfasser wiederholt 0,00002 $HgCl_2$ nachweisen.

Therapeutische Notizen aus Dr. Letzels Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis in München. **Das Oleum Santali ostindic. als Antiblennorrhagicum.** (*Allg. Med. Central-Zeitung.* 1886. No. 76 und 78.) Fast bei der Hälfte der Patienten, bei welchen L. das Ol. Santali ostind. in Emulsion anwandte, stellte sich schon in den ersten Tagen ein unüberwindlicher Widerwille gegen die Medikation ein, weshalb er es später nur in Gelatinekapseln (à 0,3 3mal täglich 2—3 Kapseln) gab, ohne auf Widerstand zu stofsen. Von 97 Patienten traten bei 4 erhebliche Störungen im Bereiche des Magendarmkanals auf, bei 5 Patienten zeigten sich so bedeutende Schmerzen in der Nierengegend, dafs subkutane Morphiuminjektionen gemacht werden mufsten. L. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Im Anfange der Trippererkrankung gegeben beeinflufst das Ol. Santali in den meisten Fällen die Sekretion derart, dafs dieselbe nach wenigen Tagen bedeutend geringer wird, und, statt von grüngelblicher Farbe, nur noch leicht milchig getrübt erscheint. Auch die Schmerzen beim Urinieren und bei der Erektion nehmen schneller ab, als bei indifferenter Behandlung. 2. Wird nach 10—12 Tagen die Medikation mit Ol. Sant. wieder ausgesetzt, so verschlimmert sich in den meisten Fällen die Gonorrhöe. 3. Die besten Resultate erhält man, wenn man das Ol. Santali in der 3.—4. Woche des Bestehens der Trippererkrankung einleitet

und nebenbei leicht adstringierende Injektionen gebrauchen läfst. 4. Bei Cystitis und Prostatitis gonorrhoica gewährte es grofsen Nutzen. 5. Chronische Gonorrhöen zeigten keine in die Augen fallende Beinflussung.

Berlin. L. Hoffmann.

Amerika.

Einen durch die ungewöhnlichere Form der Krankheit und die seltenen Eigentümlichkeiten hervorragenden Fall von **Tylosis** (Calositas) **der Hände** behandelte Robert B. Morison, Prof. der Dermatologie und Syphilis an der Baltimore Poliklinik, in einem Vortrag der American Dermatological Association am 27. August 1885. (*Journ. of cutan. and vener. Diseases.* 1886. Heft 1.) Er bezeichnet ihn nicht nur als den schwersten, welchen er je gesehen hat, sondern in gewisser Hinsicht auch als einzigartigen, da trotz der ausgedehnten kranken Hautfläche und der resultierenden Ulcerationen durchaus kein Schmerz empfunden wurde.

Der Patient war ein stämmiger, überaus muskulöser und anscheinend gesunder Neger von 32 Jahren, auf einem Dampfer als Feuermann angestellt. 10 Jahre lang verrichtete er die mit dieser Stellung verbundene schwere Arbeit, indem eine 4stündige Arbeitszeit mit gleich langer Ruhepause abwechselte. Da er die Kohlen zu schaufeln hatte, wobei er mit der rechten Hand das obere Ende der Schaufel und mit der linken den unteren Teil des Stiels umfafste, so waren die Hände, besonders die linke, einer beständigen Reibung an der Schaufel und zugleich der intensiven Hitze ausgesetzt. Die bei der Arbeit benutzten Lederhandschuhe, welche die Daumen und Hohlhände bedeckten, konnten nicht verhindern, dafs im Laufe der Zeit die ganze Kontur der linken und zum Teil auch der rechten Hand verändert wurde. Die Finger der ersteren waren sämtlich affiziert. Während zwei derselben bereits bis zum 2. Glied abgenutzt waren, gehen zwei andre demselben Schicksal entgegen, und ihre Nägel sind bereits fast verschwunden. Die Stümpfe der ersteren beiden gleichen einer durchschnittenen Zwiebel, indem das Zentrum von konzentrischen Schichten dicker, harter und abgestorbener Epidermis umgeben wird. Im Zentrum sieht man die Spitze eines Knochenstückes. Patient behauptet völlig frei von Schmerzen gewesen zu sein, selbst als er ein etwa 1 Zoll langes Knochenstück aus dem Fingerende herausholte. Er besorgte dies selbst, weil ein solches Knochenstück Monate vorher in einem Spitale operativ entfernt worden war, und die Heilung damals ziemlich lange gedauert hatte. Er warf das Fingerende einfach ins Feuer und setzte seine Arbeit fort, ohne einen Verband anzulegen.

Gleiche kreisförmige Lagen verhärteter Epidermis finden sich an den Handflächen und Fingern. An der Innenfläche des linken Daumens gibt es eine etwa Markstück grofse Ulceration, durch die Reibung des Schaufelstiels

entstanden. Gleiche Ulcerationen sind bereits früher mehrfach an Händen und Fingern vorgekommen, welche entweder mit pigmentierter, glatter Narbe oder in der Weise heilten, dafs sie sich von der Peripherie ausschlossen und die Epidermis sich in Schichten zu den eben beschriebenen Flecken aufhäufte.

Die Ulceration auf der inneren Daumenfläche jedoch heilte nicht in dieser Weise, sondern granulierte fort, und durch die fortgesetzte Reibung bei der Arbeit wurde das Gewebe so verdünnt, dafs die Knochenenden des ersten Daumengelenkes nach einer Woche völlig sichtbar wurden. Die letzteren waren nach einer weiteren Woche entblöfst und nekrotisiert. Als die Gebrauchsfähigkeit des Daumens abgenommen hatte, legte der Patient 2 Holzspäne auf der oberen und unteren Seite an, wodurch das Glied verstärkt und weniger wackelig wurde. Er konnte auch jetzt seine Arbeit ohne Schmerzen fortsetzen.

Zeichen überstandener Syphilis waren nicht nachzuweisen, obgleich er von andern Ärzten wegen seines Leidens auch antisyphilitische Mittel erhalten hatte. Wegen der absoluten Erfolglosigkeit derselben glaubt Verfasser die Syphilis mit umso gröfserer Sicherheit ausschliefsen zu können. Die vom Verfasser verordneten Gummihandschuhe, während der Arbeit getragen, bewirkten allerdings bedeutende Erweichung der Schwielen, waren aber für die Ulcerationen nicht vorteilhaft. Da nur durch Beseitigung der schädlichen Ursache, d. h. die beständige Reizung der Haut, vollständige Heilung zu erwarten war, so wurde er angewiesen, einen längeren Urlaub hierzu zu verwenden. Trotzdem unterbrach er seine Arbeit nicht, obgleich sich die Hände ständig verschlimmerten. (Bei dem Fehlen jedes Schmerzes und der Gleichgültigkeit der Neger gegen die Zukunft erschien jeder Versuch, den Patienten zu einer Kur zu überreden, von vornherein aussichtslos.)

Das Merkwürdigste dieses Falles ist jedenfalls die bedeutende Ausdehnung der stufenweise zunehmenden Gewebszerstörung, sowie die Gleichgültigkeit des Patienten gegenüber dem drohenden Schicksale seiner Hände; auch die Schmerzlosigkeit bei derartigen Ulcerationen gehört zu den seltenen Ausnahmen, während sie bei der gewöhnlichen Schwielenbildung die Regel ist.

Bei einer späteren Vorstellung des Patienten in der Poliklinik — 23. Oktober — sind sämtliche Finger geheilt. Beide Hände sind frei von schwieligen Flecken. Der linke Daumen, dessen Gelenkknochen blofs lagen, ist nur ca. $^1/_2$ Zoll verkürzt und besitzt nur noch ein Gelenk. Sein Nagel ist erhalten. Die Haut der Hände sieht normal aus; die linke Hand macht den Eindruck, als wäre die Entwickelung der Finger durch Mifsbildung gehemmt worden.

Dieses unerwartet günstige Resultat ist einzig und allein dem beständigen Tragen von Gummifausthandschuhen zuzuschreiben, da Pat. seine Arbeit niemals unterbrochen hat. Er trug dieselben mit der verkehrten Seite nach

aufsen, d. h. die Gummischichte unmittelbar auf der Haut, und gebrauchte zugleich eine 5% Salicyl-Vaseline.

Dafs dieser Verlauf für die Richtigkeit der obigen Erklärung — die Ursache des Leidens in der mechanischen Schädlichkeit und der Wirkung der intensiven Hitze zu suchen — spricht, ergibt sich wohl schon daraus, dafs eine derartige Störung durch bloßen Schutz der Teile gewifs nicht so günstig verlaufen sein würde, wenn sie neurotischen Ursprungs oder eine Hautkrankheit per se gewesen wäre. —

Die beigefügten, vortrefflichen Abbildungen der Hände gewähren einen vorzüglichen Überblick über die Verwüstungen der Krankheit und besonders auch über die Beschaffenheit der schwieligen Flecke.

Unter dem Titel: **Neue Fortschritte in der Behandlung des Schankers,** gibt Chas. W. Allen (*Journ. of cutan. and vener. Diseases.* 1886. Heft 2) eine Übersicht der verschiedenen Mittel, welche zur Heilung des Schankergeschwürs empfohlen worden sind, und deren grofse Zahl beweist, wie hartnäckig zuweilen diese Krankheitsform der Therapie Widerstand leistet. Allerdings kann diese Zusammenstellung bereits keinen Anspruch mehr auf Vollständigkeit machen, da verschiedene neue Mittel und Anwendungsformen, wie Resorcin, Jodoformgittermull etc. nicht berücksichtigt worden sind; immerhin dürfte es von Nutzen sein den Inhalt kurz zu besprechen.

An erster Stelle führt der Verfasser das Verfahren Spillmanns (Nancy) an, welcher als der erste das Geschwür auskratzte, die unterminierten Ränder mit der Schere abtrug, thermokauterisierte und mit verdünntem Liquor Swietenii verband. Der Erfolg wird als sehr günstig bezeichnet und soll selbst in solchen Fällen nicht ausgeblieben sein, wo bereits alle andern Mittel vergeblich angewendet worden, wie beispielsweise in einem Falle von ausgedehntem phagedänischen Schanker.

Das von Hebra empfohlene Abortivverfahren — Reinigen des Geschwürs mit Sapo kalinus und Spiritus, sorgfältiges Trocknen, Anwendung reiner Salicylsäure und Auflegen eines Pflasters — hat nach Verfasser den besten Erfolg bei Wiederholung desselben an zwei aufeinander folgenden Tagen und ungehinderter Eiterung.

Das Jodoform wird als das wertvollste Mittel bei den langsam zerstörenden Schankerformen bezeichnet, welches aber leider infolge seines überaus intensiven Geruches in der Privatpraxis kaum zu gebrauchen ist. Die vorzügliche Wirksamkeit macht daher die zahlreichen Versuche, den Geruch zu beseitigen, wohl erklärlich. Von derartigen desodorisierenden Zusätzen erwähnt der Verfasser: Tinctura Moschi (1 gtt.: 2,5); Oleum Thymi mit ein wenig Thymol; Acidum carbolicum mit Oleum Menthae piperitae (0,06 und 2 gtts.: 10,0); Tonkabohne; Kumarin (0,18: 3,45); Balsamum Peruvianum; pulverisierter, gerösteter Kaffee (40—50 %); Chininum sulfuricum mit Carbo pulveratus (1 p. mit 3 pp.: 100 pp.); Erigeronöl (nach Morrow) und schliefslich Oleum Sassafras aethereum.

Das letztere soll nach der Prüfung des Verfassers in der That den Jodoformgeruch völlig verdecken (2 gtts.: 3,75); immerhin wird auch bei dieser Mischung, wie bei allen andern bisher bekannten, der Jodoformgeruch über kurz oder lang wieder das Übergewicht bekommen, und der Verfasser ist überdies nicht abgeneigt, diesen Beimischungen eine Verminderung der Wirksamkeit des Jodoforms zur Last zu legen sowie die zuweilen beobachteten, üblen Wirkungen desselben zuzuschreiben.

Das Jodoformkollodium verursacht auf gröfseren Wunden nicht unbedeutenden Schmerz; auch zersetzt es sich leicht infolge der Ätherverdunstung und hierdurch bedingter Ausscheidung des Jodoforms, wodurch es an Wirksamkeit verliert. Überdies ist der Geruch des frischen Präparates nicht viel geringer, als derjenige des reinen Jodoforms.

Aus diesen Gründen empfiehlt Verfasser folgendes, für gewisse Fälle sicher ganz zweckmäfsige, Verfahren auf das wärmste. Das Geschwür wird mit Jodoformpulver bestreut, alsdann je nach Umständen mit einer dünneren oder stärkeren Watteschicht bedeckt und das Ganze mehrmals mit Jodoformkollodium oder, falls der Jodoformgeruch verdeckt werden soll, mit reinem, flexilen Kollodium überpinselt. (Referent möchte hierbei wiederholt hervorheben, dafs wir in dem Jodoformgittermull ein Präparat besitzen, welches hinsichtlich seiner sauberen, sparsamen und überaus einfachen Anwendung, der Geruchlosigkeit, Haltbarkeit und Wirksamkeit unstreitig am besten allen Anforderungen genügt und auch das letztere Verfahren entschieden übertrifft.)

Interessant ist die Mitteilung bezüglich der Verfälschung des Jodoforms mit dem billigeren, aber giftigen und beim Verreiben leicht explodierenden Acidum picricum. Diese Fälschung ist glücklicherweise leicht nachzuweisen, wenn das verdächtige Präparat in Wasser geschüttet und der filtrierten Flüssigkeit eine kleine Quantität Kalium cyanatum zugefügt wird, da sich dann infolge der Bildung von Acidum isopurpuricum nach etwa 10 Minuten eine bräunlichrote Färbung und schliefslich ein bräunlichroter Niederschlag von Kalium isopurpuricum zeigt, sobald Acidum picricum wirklich vorhanden ist.

Acidium pyrogallicum wird, wie zuerst von Vidal (1 p.: 4 pp. Stärke als Pulver), auch vom Verfasser wegen der günstigen Wirkung empfohlen und zwar in unvermischtem Zustand aufgestreut und mit einer Traumaticindecke überzogen oder in Kollodium gelöst.

Unter den Ätzmitteln gibt A. dem Glüheisen oder Thermokauter in den meisten Fällen entschieden den Vorzug, zumal wir jetzt in dem Kokain ein durchaus sicheres Mittel besitzen jede Schmerzempfindung bei der Ätzung zu verhindern, da sich die Wirkung dieser Ätzmittel genau bestimmen und begrenzen läfst.

Dr. Aubert in Lyon hat zur Behandlung des Schankers verlängerte heifse Bäder empfohlen, und die infolge dessen angestellten Versuche von Martineau und Lormand in Paris haben in der That gezeigt, dafs Bäder von 104° F. die Ansteckungsfähigkeit der Geschwüre bald vernichteten

(ausgenommen 1 Fall von Schanker der Urethra) und die Heilung der selben regelmäfsig beschleunigten. Es genügen zu diesem Zwecke partielle Bäder.

Zum Schlufs wird in Kürze das Verfahren Pokrovskys erwähnt, welcher Scheiben des besten türkischen Schwammes, in 3% Karbollösung gewaschen, bei Schankergeschwüren und Bubonen anwendet und hierdurch in ca. 10 Tagen Reinigung derselben und Heilung erzielt haben will. Gleich günstig sollen die Erfolge bei syphilitischen Geschwüren nach vorausgegangener spezifischer Behandlung sein.

Nach einer Notiz im *Journ. of cutan. and vener. Diseases* (1886. Heft 1) wird die zuerst von Kaposi vor einigen Jahren empfohlene günstige Wirkung des **β-Napthol als Heilmittel für verschiedene Hautkrankheiten** und besonders für Scabies durchaus bestätigt und zwar als besonders vorteilhaft bezeichnet, wenn die Patienten nicht der im St. Louis Hospital beliebten und als La Frotte bekannten Behandlung unterworfen werden sollen, welche zwar unzweifelhaft erfolgreich, aber ebenso unangenehm und beschwerlich ist. Es war daher umso mehr zu bedauern, dafs das β-Naphthol, nach einer Mitteilung Neissers im Jahre 1881, keineswegs unschädlich sein sollte, da nach des letzteren Untersuchungen bei Kindern Nierenaffektionen hervorgerufen werden könnten und Tiere infolge subkutaner Einverleibung einer öligen Lösung unter Erscheinungen von Hämoglobinurie gestorben sein sollten. Es würde daher sehr erfreulich sein, wenn die entgegengesetzten Resultate der erneuten Versuche von Josias und Nocard (*Annales de Dermat. et de Syphiligr.* Mai 1885) auch anderweitig bestätigt würden. Dieselben haben gezeigt, dafs kleine Tiere im Gewicht von 400 bis 500 Gramm durch Injektion von 15—30 Zentigramm einer 10% alkoholischen Naphthollösung allerdings getötet werden können, sowie auch 1 Gramm derselben Lösung einem 2500 Gramm schweren Kaninchen verderblich wurde, während dieses Mittel bei Tieren von beträchtlicher Gröfse nicht im stande war ernste Erscheinungen hervorzurufen. Die beiden Autoren halten daher die Empfehlung des β-Naphthols als vorzügliches und in den offizinellen Dosen absolut unschädliches Heilmittel entschieden aufrecht.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Dänemark.

R. Bergh hat den Bericht seiner Abteilung für venerische Krankheiten (weibliche Kranke) für 1885 ausgegeben. Die Abteilung ist hauptsächlich für die öffentlichen Frauenzimmer bestimmt und bietet somit ein einschlägiges aber durchaus nicht uninteressantes Material. Der Verfasser schliefst mit dieser zwanzigsten eine Reihe von Mitteilungen ab, welche wohl die einzigen sind, die überhaupt im Laufe der Jahre in der syphilido-

logischen Litteratur von speziellen Servicen für Prostituierte erschienen, und die ein umfassendes und vollständiges Bild der eigentümlichen Modifikationen geben, mit denen verschiedene venerische und syphilitische Affektionen in dieser Klasse von Kranken auftreten.

Mit dem Anfang des Jahres 1886 ist Dr. Berghs Abteilung nach einem eignen, grofsen und wohleingerichteten Hospital übersiedelt.

Wie in den früheren Berichten, eifert Verf. gegen die zu weit getriebene Bordellierung der Scorta, da nach seinen Erfahrungen die privat wohnenden seltener Syphilis und venerische Krankheiten acquirieren, auch seltener die durch Unreinlichkeit, Übermafs der Konnubien und andre schädliche Potenzen bedingten pseudovenerischen Leiden zeigen und endlich weniger brutalisiert werden.

Eigentümlich ist das aufserordentlich seltene Auftreten des **venerischen Geschwürs**, welches nur sechsmal observiert wurde (zweimal in Navicula, zweimal in Vestibulum, einmal im Orif. urethrae und einmal am Cervix uteri, mit positiven Resultat der Inokulation). Dagegen wurde die syphilitische Initialinduration verhältnismäfsig sehr häufig gesehen, in 10 Fällen aus 15.

Von 452 Scorta haben während des Jahres 17 (3,8 %) geboren. In den vorhergehenden Jahren hatten 3,5 bis 5 % der Scorta geboren, in einem Jahr stieg der Prozentsatz auf 10 %. Die Ursache der Sterilität der Scorta wäre nach dem Verf. in der Obliteration der Tuben, den Oophoriten und Uterinleiden mehr als in der Syphilis zu suchen.

Kopenhagen. E. Pontoppidan.

Frankreich.

Mit der **kontagiösen und parasitischen Natur der Impetigo** beschäftigt sich in eingehendster Weise eine Abhandlung von Dr. Dewèvre (*Arch. de Médecine et de Pharmacie Militaires.* 1885. Sept. 16), welche zweifellos Beachtung verdient, wenngleich verschiedene Schlüsse des Verfassers erst durch weitere Prüfung sichergestellt werden müssen.

Als rationellen Beweis für die kontagiöse Natur führt er die Thatsache an, dafs die Verbreitung der Affektion durch Kratzen auffallend befördert wird und dafs dieselbe ungeschützte Körperstellen, besonders Gesicht und Umgebung des Mundes, in hohem Grade bevorzugt. Überdies befällt sie mit Vorliebe Kinder und solche Personen, welche Reinlichkeit für überflüssig halten. Den sichersten Beweis liefert natürlich das Experiment, die Krankheit von einem solchen Patienten auf einen Gesunden zu übertragen, und der Verfasser stützt sich hierbei auf die bereits bekannten Arbeiten zahlreicher Autoren. Er berichtet weiterhin über 7 eigne neue Beobachtungen, in welchen Fällen er mehrere Inokulationsversuche ausführte. Von 5 mit dem Inhalt der völlig entwickelten Blasenpusteln ausgeführten Inokulationen

erzielte er ein positives Resultat, von 5 Impfungen mit fein gepulverten Impetigokrusten 2 positive Resultate, und von 5 Inokulationen mit dem unter den Krusten befindlichen Eiter 4 positive Resultate, während alle 5 Versuche Erfolg hatten, als zur Inokulation das Produkt des Abkratzens der zuvor gereinigten Ulceration verwendet wurde. Nach diesen Ergebnissen sind der Eiter, sowie das Produkt des Abkratzens die Träger des Kontagiums par excellence und die Übertragbarkeit der Krankheit vom Kranken auf den Gesunden scheint durch diese Versuche hinreichend erwiesen zu sein. Dagegen gelang es nicht, Impetigo auf Tiere (Pferd, Hund, Meerschweinchen, Kaninchen) zu übertragen.

Die Bemühungen des Verfassers, das parasitische Element selbst aufzufinden, sind anscheinend nicht erfolglos geblieben und haben jedenfalls gezeigt, dafs dasselbe vorzüglich in dem Produkt des Abkratzens der zuvor gereinigten Affektion gesucht werden mufs. Er fand in demselben förmliche Klumpen von Mycelschläuchen (-fäden), welche gleichsam netzförmig verwirrt waren. Diese Mycelfäden sind ca. $^3/_{1000}$ Millimeter stark, schwach gefärbt und lassen die sie anfüllenden Sporen erkennen. Das Rete Malpighii scheint den Parasiten zu enthalten. Der Verfasser ist aufserdem bemüht gewesen, experimentell nachzuweisen, dafs der mit den Impetigokrusten in Berührung kommende Luftstrom das Kontagium fortführen und in einiger Entfernung auf exkoriierten Flächen deponieren, d. h. daselbst die gleiche Krankheit verursachen kann. Die Impetigo bevorzugt namentlich gesunde Personen. Zum Schlufs wendet sich der Verfasser gegen die Ansicht verschiedener amerikanischer und englischer Autoren, welche zwei Arten der Impetigo, und zwar I. contagiosa und I. vulgaris, annehmen.

Über die Behandlung des Keloids fand eine interessante Diskussion in der Pariser Chirurgischen Gesellschaft statt im Anschlufs an einen von Dr. Monod demonstrierten Fall. Während sich die Mehrzahl der Anwesenden, darunter Monod, Reclus und Tillaux, gegen die operative Wegnahme der Geschwulst erklären, da sie in diesem Falle stets Recidive beobachtet haben, sind Lefort und Lucas der Ansicht, dafs die Operation indiziert sei, sobald der Tumor gestielt, umfangreich und für den Patienten lästig ist. Dr. Reclus hat in einem Falle eine bedeutende Besserung erzielt durch lokale Kompression mit Emplastrum de Vigo (Empl. Hydrargyri?), Salzbäder und Leberthran innerlich in grofsen Dosen. Die beste Behandlung soll in der Anlegung gekreuzter, linearer Skarifikationen nach der Methode von Dr. E. Vidal bestehen. Die linearen Incisionen müssen jede Woche parallel durch die ganze Dicke des Tumors und über dessen Ränder hinaus gehend angelegt werden, welche dann durch gleiche Einschnitte rechtwinkelig gekreuzt werden. Wichtig ist es, dafs die Schnitte möglichst dicht stehen, etwa 2 Millimeter entfernt. Zwischen den Operationen soll konstant Emplastrum de Vigo cum Mercurio aufgelegt werden. Auf diese Weise sind 2 Keloidgeschwülste der Wange, nach Ätzungen entstanden, durch 8 Skarifikationen zum Verschwinden gebracht worden. In einem 2. Falle ist ein enormes Keloid über

der Grube des Epigastrium, von 10 Zentimeter Durchmesser und ½ Zentimeter Dicke, durch 40 Skarifikationen um ⅚ der Dicke verringert worden.

Der gröfste Vorteil dieses Verfahrens besteht nach Vidals Behauptung darin, dafs das Keloid unempfindlich gemacht wird, und somit die nicht selten vorhandenen Beschwerden des Patienten beseitigt werden. —

Nach einem Referat von Dr. L. Brocq in dem *Journ. of cutan. and ven er. Diseases* (1886. No. 2) berichtete Dr. Thiry an die Kgl. Belgische Akademie über einen interessanten Fall derjenigen Krankheit, welche der genannte Referent zuerst von den unter der Bezeichnung Pityriasis rubra zusammengeworfenen Krankheitszuständen deutlich abgesondert zu haben glaubt. Er bezeichnete sie in Übereinstimmung mit seinem Lehrer Vidal als **allgemeine exfoliative Dermatitis** oder (Erasmus) Wilsonsche Krankheit, während sie der obige Autor allgemeine erythematöse exfoliative Dermatitis nennt. In des letzterem Falle zeigte sich bei dem 25-jährigen Patienten nach vorausgegangener Müdigkeit, Abspannung, Fieberbewegung und Appetitlosigkeit ein roter Ausschlag, breitete sich rasch über den ganzen Körper aus und verursachte eine anhaltende, schuppige Desquamation. Ungefähr in der sechsten Woche verlor Patient sämtliche Haare des Kopfes, der Lider, Wimpern und des Bartes. Etwa in der 10. Woche erst war die Röte und Desquamation fast vollständig verschwunden; jedoch wurde die Krankheit noch verlängert durch das Hinzutreten einer hartnäckigen Blepharo-Conjunctivitis, heftiger Diarrhöe, zahlreicher Abscesse, Lungenkongestion, Abmagerung, Delirien — besonders des Nachts —, gangränöser Stellen an den Füfsen, und schliefslich von Erysipel, Bronchopneumonie und massenhafter Abscesse in der Rekonvaleszenz, so dafs der Patient das Spital erst nach 5 Monaten verlassen konnte.

Die sich an die Beschreibung dieses Falles schliefsenden Betrachtungen des Autors übergeht Brocq, da sie mit Ausnahme weniger unwichtiger Details nur das bereits 1882 von Br. Mitgeteilte wiederholen. (*Presse médicale Belge.* 1885. No. 28—29.)

Besondere Beachtung verdient eine Reihe von Vorschriften, welche — in erster Linie bestimmt für die Eltern, Lehrer und Schuldirektoren — hinsichtlich der **kontagiösen Krankheiten der Kopfhaut bei Kindern** von dem Oberarzt am St. Louis Hospital, Dr. Lailler, aufgestellt worden ist (*Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire.* Juli 20. 1885). Vorzugsweise wichtig sind folgende Punkte: Die Kinder sollen nur in die Schule aufgenommen werden, sobald sie durch ärztliche Untersuchung frei von kontagiösen Krankheiten gefunden worden sind. Die Haare der Knaben, sowie auch der Mädchen bis zum 7. oder 8. Jahre sollen kurz gehalten werden. Die Köpfe der Kinder sollen selbst in den Freistunden in der frischen Luft stets unbedeckt bleiben. Der Stoff der Mützen sei waschbares Zeug. Im Winter einmal wöchentlich, im Sommer öfter sollen die Köpfe der Knaben mit einer Abkochung von Panamaholz gewaschen und mit Wasser abgespült

werden; bei den Mädchen braucht es weniger oft zu geschehen, aber umso sorgfältiger mufs bei ihnen das Haar abgetrocknet werden. In Pensionaten sollte jeder Schüler eignen Kamm und Bürste haben, welche sorgfältig rein zu halten sind. Jedes Kind, welches Herpes tonsurans gehabt und auf ein ärztliches Zeugnis hin den Schulbesuch wieder aufgenommen hat, bleibt unter Aufsicht und wird im ersten Vierteljahr alle 14 Tage vom Arzte untersucht. Überhaupt erscheint eine häufigere Besichtigung aller Kinder durch einen Arzt in den Schulen notwendig.

Leipzig. TH. A. KIRSTEN.

Rufsland.

WYSCHEMIRSKI beobachtete einen **tödlich endenden Fall eiteriger Gelenkentzündung beim akuten Stadium der Urethritis.** Es handelte sich um ein Ellbogengelenk, in dessen eiterigem Inhalt W. ebenso wie im Urethralsekret Gonokokken nachweisen konnte, doch ist die Krankengeschichte sonst etwas fragmentarisch. Der Tod erfolgte wahrscheinlich durch akute Pyämie. (*Wratsch.* 1885. No. 36.)

AWSITIDISKI empfiehlt das **Natron salicylicum innerlich gegen Tripper** und zwar 3ß pro die in 3VI eines Leinsamendekokt. Die Wirkung erfolgt dadurch, dafs Natr. salicylic. in den Harn übergeht und die Urethra bespült. Bei Injektionen einer 2%igen Lösung von Natr. salicylic. sah A. das eiterige Sekret rasch sich in ein schleimiges verwandeln, in derselben Weise, wie nach 2%iger Borsäurelösung. [Ref. kann die Wirkung des innerlich verabreichten Natr. salicyl. aufs beste bestätigen, hat dagegen bei Borsäureinjektionen keinen Erfolg erzielt.] (*Russkaja Medicina.* 1885. No. 38.)

KWIZINSKI hat einen mit **deutlichen Tabessymptomen** behafteten Pat. **durch eine antisyphilitische Kur geheilt.** Pat. hatte sich vor 22 Jahren infiziert. Im Laufe von 4 Monaten machte Pat. 28 Einreibungen zu 3ß, nahm 5 Drachmen Jodkali und 1 ℥ Syrup. fer. jodat. ein, und alle Anzeichen schwanden, die Sehnenreflexe stellten sich wieder ein. (Med. Beilage d. *Morskoi Sbornik.* 1885. No. 5.)

THUR beobachtete 2 Fälle von **Syphilis durch Skorbut kompliziert.** Der eine Fall ist dadurch bemerkenswert, dafs nach der Induration (an der rechten Tonsille) als erste Allgemeinerscheinung Rupia auftrat, im 2. Falle bildeten sich tiefe Geschwüre längs dem Zungenrand, bis zum Larynx herab. Der Therapie setzten beide bedeutende Hartnäckigkeit entgegen. Zum Schlufs geht T. soweit, die Ansicht aufzustellen, dafs ohne Skorbut keine Rupia auftrete. (*Russkaja Medicina.* 1885. No. 39.)

Durch THURS Arbeit provoziert, teilt SEVEKE aus Prof. TARNOVSKIS Klinik einen Fall von **Rupia als ersten allgemeinen syphilitischen Ausschlag** mit, ohne Skorbut, und erinnert an 2 ähnliche von GUIBOUT

veröffentlichte Fälle. Die Schwere der von THUR beschriebenen Fälle hängt allein von dem hohen Grade des gleichzeitig vorhandenen Skorbut ab und muſs vor allem der Skorbut behandelt werden, und erst wenn letzterer schwindet, ist eine antisyphilitische Kur am Platze. (*Russkaja Medicina.* 1885. No. 42.)

Auf dem Gebiete der Hautkrankheiten macht sich gegenwärtig ein regeres Leben bemerkbar, namentlich Dank der energischen Thätigkeit des Prof. POLOTEBNOW in St. Petersburg, welcher im Frühling a. p. den ersten Versuch zur Herausgabe eines russischen *Archivs für Dermatologie* gemacht hat, indem er das 1. Heft der Dermatologischen Untersuchungen in seiner Klinik erscheinen lieſs, welches folgende Arbeiten enthält:

1. Prof. POLOTEBNOW. Einleitung, in welcher er kurz die Entwickelung seiner Klinik, das ihm zu Gebote stehende Material beschreibt. Letzteres gibt einen Überblick über die **Verbreitung der Hautkrankheiten in Petersburg.** Unter 9402 Pat. (2585 stationäre, 6817 ambulante), welche 1872—1885 behandelt worden, befanden sich aufser 1451 Syphilitikern: Scabies 645, Akne 466, Erytheme 579, Ekzeme 3085, Psoriasis 374, Erysipel 228, Pityriasis versicolor 204, Urticaria 107, Herpes Zoster 83, Purpura 32, Pemphigus 3, Lichen ruber 42, Ichthyosis 17, Sklerodermie 3, Elephantiasis 13, Akne rosacea 52, Alopecia areata 39, Trichorrhexis nodosa 3, Vitiligo 13, Chloasma 34, Pruritus 91, Prurigo 116, Hyperidrosis 33, Sykosis 135, Xanthoma 16, Keloid 7, Lepra 15, Favus 90, Onychomykosis 2, Herpes tonsurans 91, Lupus vulgaris 160 und Lupus erythematodes 33.

Hieraus ergibt sich, dafs auch Petersburg mannigfaltige Krankheiten der Haut aufweist, wenn man erst danach sucht, was bisher fast garnicht geschehen.

2. Prof. POLOTEBNOW. **Der gegenwärtige Stand der Dermatologie in Rufsland.**

3. Prof. POLOTEBNOW. **Zur Lehre von den Erythemen.** Da diese Monographie voraussichtlich deutsch erscheinen wird, gehen wir nicht näher auf sie ein.

4. Prof. POLOTEBNOW. **Behandlung des Erysipels und anormale Formen desselben.** P. hat während 3 Jahren vergleichende Beobachtungen über je 30 parallel behandelte Fälle (kalte Kompressen oder Lapispinselungen) angestellt und kommt zur Ansicht, dafs wenn die Lapispinselungen auch nicht abortiv wirken, sie doch jedenfalls die Dauer des Prozesses abkürzen. P. benutzt eine Lösung von 3β: ʒj und pinselt auch die umgebende scheinbar gesunde Haut 2—3. Interessant ist, dafs P. bei 58% der Erysipel-Pat. Eiweifs im Harn fand, wenn die ganze 24stündige Harnmenge untersucht wurde. Ferner hat P. 3 Fälle von Erysipel beobachtet, welche ohne Fieber verliefen, während in andern Fällen trotz Schwinden der Röte und Abschuppung das Fieber andauerte, und von denen 2 tödlich endeten.

5. Dr. SIRSKI, Assistent P.s, beschreibt 2 Fälle von **chronischem**

Malleus und gibt einen Beitrag zur **Pathologie und Ätiologie des Pemphigus.** Es handelt sich um 2 Fälle von Pemphigus, von denen einer starb, so dafs S. eingehende mikroskopische Untersuchungen des Zentralnervensystems vornehmen konnte. Er fand im Rückenmark Zunahme des Bindegewebes und Atrophie der Nervenzellen, sowie Pigmentdegeneration derselben. Die Gefäfswandungen im Rückenmark und in den Hals- und Rückenganglien des Sympathicus zeigten hyaline Degeneration.

6. Eine litterarische Rundschau auf dem Gebiet der Erkrankungen der Hautnerven.

K. Schadek in Kiew gibt ebenfalls einen Beitrag zur Kenntnis der **Verbreitung der Hautkrankheiten in Rufsland,** indem er eine kurze Analyse von 383 Fällen, am Kiewschen Militärhospital beobachtet, publiziert, sich an die Auspitzsche Nomenklatur haltend. Auch dort nimmt Scabies die erste Stelle ein (130 F.). Dann folgen Morbilli (63) und Erysipel (68), Ekzem (38), Favus (30), im südlichen Teil Rufslands häufiger als in Petersburg, kommt namentlich viel bei Juden vor. Dann folgt Psoriasis (15), Erythema multiforme (10), Akne (6), Herpes tonsurans (3) und Urticaria (2), je 1 Fall von Herpes iris, Prurigo, Ichthyosis, Hyperidrosis und Framboesia etc.

Bei der völligen Abwesenheit einer allgemeinen Statistik der Hautkrankheiten für Europa sind derartige Berichte äufserst wünschenswert, um grofse Zahlen zu erhalten.

Burshinski hat in der Klinik des Prof. W. Manassein verschiedene Versuche mit **Lanolinsalben** angestellt, welche gelbes Blutlaugensalz, Chinin und Salicylsäure enthielten und 10—15 Min. in den Vorderarm eingerieben wurden, worauf er Kontrollversuche mit Schweinefett anstellte. B. findet keinen Vorzug bezüglich der Resorption der Lanolinsalben, doch verdienen sie Beachtung ihrer Haltbarkeit wegen. Festgestellt mufs übrigens noch werden, ob nicht Keime von sibirischer Pest in das Lanolin übergehen können, da es aus Schafsfett bereitet wird. (*Wratsch.* 1886. No. 24.)

Dr. Trunkovski (*Wratsch.* 1885. No. 9) beschreibt einen Fall von **Schwinden des Ascites unter dem Einflufs von Erysipel** bei einem 21jährigen Mann. Mit dem Auftreten des Erysipels trat, trotz des Fiebers, vermehrte Harnsekretion ein. Nachdem die Rose geschwunden, war auch der Ascites weg, und der Harn enthielt kein Eiweifs mehr.

Dr. Bogorodizki hat zur **Behandlung der Psoriasis** in mehreren Fällen mit günstigem Erfolge folgende Salbe angewandt.

℞ *Araroba*
Acid. acet. ā 0,6—1,8
Adip. —30,0
M. f. ung. D. S. 2—3 tägl. einzureiben.
(*Protokolle der Tombowschen med. Gesellschaft.* No. 9.)

Über **Peliosis rheumatica** erschienen 1885 sechs Arbeiten. Bogajevski (*Russkaja Med.* No. 22) beschreibt einen Fall bei einem 10jährigen Mädchen, welche innerhalb 6 Wochen mehrere Anfälle von Gelenkschmerzen hatte, die jedesmal von Purpuraeruption begleitet waren. Prof. Brujew (*Russkaja Medicina.* No. 25) bemerkt dazu, dafs in grofsen Städten, namentlich im Frühling und Herbst, Anfälle von P. rheumatica recht häufig zur Beobachtung kämen, und hätte er dieses in St. Petersburg alljährlich konstatieren müssen. Dem entgegen behauptet Martschewski (*Russkaja Med.* No. 26) in Charkow, dafs sie selten vorkommen, und habe er in Charkow in 10 Jahren nur ein Mal beobachtet. Schtschastni (ebenda No. 45—46) beschreibt einen Fall von P. rheum. bei einem 22jährigen herabgekommenen Soldaten, meint jedoch, derselbe sei eher als hämorrhagische Diathese aufzufassen. Seiner Ansicht nach ist eine systematische Trennung der Pel. rheum. von den übrigen hämorrhogischen Affektionen der Haut, z. B. Morbus maculosus Werlhofii, künstlich und willkürlich (?Ref.). Die Ätiologie blieb im vorliegenden Falle dunkel.

Gruschezki (*Russk. Med.* No. 45) beschreibt ebenfalls nur 1 Fall (eine schlecht genährte 22jährige Kaufmannsfrau), bei welcher zuerst Hämoptysis, Spitzenaffektion, Gelenkaffektion und Fieber und dann anschliefsend an Diätfehler und akutem Magen-Darmkatarrh Purpura auftrat. Der Fall ist schon in der Beziehung nicht rein, als Chinin gebraucht wurde, welches unter Umständen auch im stande ist, Purpura zu bewirken.

Konstantinovski (*Protokoll d. Kaiserl. Kaukasischen Gesellschaft.* No. 2 u. 9) will auf Grund eines Falles eine besondere Form, **Purpura rheumatica scorbutica**, aufstellen, doch scheint es sich einfach um Skorbut gehandelt zu haben. — Überhaupt herrscht auf diesem Gebiete noch viel subjektive Anschauung und mufs bei kritischer Sichtung der Kasuistik äufserst vorsichtig vorgegangen werden. Zur Klärung der Frage bieten die vorliegenden Arbeiten nur wenig. Auffallend ist es dem Ref., dafs die doch entschieden als selbstständige Krankheit aufzufassende und sich scharf von der P. rheumatica unterscheidende Purpura simplex so wenig Beachtung findet. Charakteristisch für dieselbe ist, dafs sie fast stets kräftige, gut genährte Individuen befällt.

Dr. Woskressenski beschreibt 2 Fälle von **Lupus vulgaris**, welche er in folgender Weise **mit Sublimat behandelt** hat: Der Lupus wurde täglich mit einer Sublimat-Vaselin-Salbe (1,0:15,0) bestrichen und dann mit Marly und Watte verbunden. Traten starke Schmerzen und Brennen auf, so wurde über einen Tag verbunden. Auf diese Weise erreichte W. eine rasche Resorption und Reinigung der Wundflächen, sowie baldiges Verheilen. Intoxikation wurde nicht beobachtet. (*Russkaja Med.* 1886. No. 14.)

Dr. Diakonow (*Wratsch.* 1885. No. 13—14) beschreibt einen Fall von **Pruritus hiemalis**, wobei bemerkenswert, dafs der Vater des Pat. an einem ähnlichen Leiden gelitten haben soll. Ferner ist hervorzuheben, dafs

der Rücken nur wenig, die Handteller, Gesicht, Kopf und Genitalien stets frei blieben. Bei Einwirkung heifser und feuchter Luft (in dem russischen Dampfbade) schwand der Pruritus für einige Stunden. Auch kalte Abreibungen und Essigwaschungen verminderten das Jucken. An denjenigen juckenden Partien, die nicht zerkratzt waren, sah D. zuweilen in der Umgebung der Haare kleine blasse miliare Bläschen. D. fafst das Leiden als Neurodermatose auf und sieht die Ursache in der Einwirkung von Kälte bei individueller und hereditärer Disposition.

St. Petersburg. O. Petersen.

Smolarski berichtet über zwei hereditäre syphilitische Kinder (5- und 8 Jahre), bei welchen **Schleimpapeln im Larynx** drohende Suffokationserscheinungen hervorgerufen haben. Andre Fälle gaben ein ziemlich gleiches Larynxbild: eine erbsengrofse elevierte Papel an der hinteren Larynxwand. Rasche Heilung nach 18 Inunktionen (2,0, dann 1,0) und Kalomelinsufflationen. (*Przeglad Lek.* 1886. No. 48.)

Kopff fand nach lokalen **Sublimatbädern** (1—2 : 1000) minimale Hg-mengen im Harne, besonders wenn die Haut ausgiebig mit Seife und Ätherspiritus gereinigt wurde, oder nachdem die Sublimatbäder einige Tage nacheinander appliziert wurden. Die betreffende Haut war häufig infolge der Sublimateinwirkung, besonders an den Gelenksbeugen, gerötet. K. experimentierte aber mit einer nicht mehr physiologisch-gesunden Haut, praktisch sind jedoch die Experimente interessant. (*Przeglad Lek.* 1886. No. 42. 43. 44.)

Elsenberg berichtet über 3 neue Fälle von **Impftuberkulose nach Zirkumcision** (Verunreinigung der Wunde durch Aussaugen). Sämtliche Fälle durch Bacillenuntersuchung bestätigt. Klinische Symptome, wie im ersten Falle (s. *Monatshefte f. pr. Derm.* 1886. No. 5). (*Gazeta Lekarska.* 1886. No. 48.)

Warschau. Funk.

Verschiedenes.

Rhus aromatica gegen Enuresis nocturna. Ein bei uns noch zu wenig bekanntes, sehr wirksames Mittel gegen Enuresis nocturna der Kinder ist ein von Parke, Davis u. Co. in den Handel gebrachtes Fluid-Extrakt, welches aus der Wurzelrinde einer in den Vereinigten Staaten wachsenden Anacardiacee (Rhus aromatica, sweet Sumac) dargestellt wird. Dasselbe wirkt erregend auf die glatte Muskulatur der Blase, des Uterus und der unteren Abschnitte des Darms und kann deshalb aufser bei Enuresis auch bei Hämorrhagien der Blase, des Mastdarms und der Gebärmutter,

sowie gegen atonische Diarrhöen gebraucht werden. Meine dreijährigen Erfahrungen mit diesem Mittel beziehen sich speziell auf die Enuresis der Kinder, da das Extrakt hier eine geradezu spezifische Wirksamkeit entfaltet. Ich pflege kleinen Kindern bis zu 2 Jahren morgens und abends je 5 Tropfen, gröfseren bis zu 6 Jahren 2mal je 10, und älteren Kindern 2mal je 15 Tropfen zu geben und habe selbst von ununterbrochener monatelanger Anwendung keine unangenehmen Nebenwirkungen gesehen. Allerdings ist die Wirkung auch keine nachhaltig tonisierende. Die Parese der Muskulatur des Sphincter vesicae macht sich sofort nach dem Aussetzen des Mittels wieder geltend. Es empfiehlt sich daher, das Mittel als prompt wirkendes Palliativmittel so lange täglich brauchen zu lassen, bis man durch andre Mafsnahmen (Erziehung zur regelmäfsigen Blasenentleerung, Bäder, kalte Douschen, kühles Bettregime etc.) allmählich die Schwäche gröfstenteils überwunden hat und dann erst die Medikation seltener und seltener werden zu lassen. UNNA.

Eine kleine, durch ihre vielseitigen Ausblicke auf benachbarte Zweige der Naturwissenschaft höchst interessante Schrift des Fabrikbesitzers Dr. EDUARD MEUSEL liegt uns vor: **Die Quellkraft der Rhodanate und die Quellung als Ursache fermentartiger Reaktionen.**[1] Ausgehend von der Thatsache, dafs rhodanhaltige Düngungsmittel nachteilig auf die Entwickelung der Saaten wirken, verfolgt MEUSEL die Einwirkung der Schwefelcyansalze auf die Samen selbst, sodann auf Eiweifse und Kohlehydrate. Unter derselben quellen die Samen auf, beträchtlich mehr als durch Wasser, und entwickeln sich dann nicht weiter; Pflanzen- und Tiereiweifs gerinnt wie beim Erhitzen in Wasser; Stärke wird bei gewöhnlicher Temperatur durch Rhodanate verkleistert, wie durch Chlorzink, Mineralsäuren, verdünnte alkalische Laugen, und beim Vorhandensein saccharifizierender Mittel durch Zusatz von Rhodansalzen — ähnlich wie beim Zusatz von Chlorcalcium, Salpeter (Düngewirkung des Salpeters) — rascher in Zucker übergeführt, während kohlensaures Natron, Borax, Salicyl- und Karbolsäure umgekehrt die Saccharifikation verlangsamen und sogar aufheben können. Ein für uns näherliegendes Interesse haben die Untersuchungen MEUSELS über den quellenden Einfluſs der Rhodanate auf tierische Haut, d. h. die kollagene Substanz, welcher sich bedeutender erweist bei gröfserer Schonung der Struktur der Haut als die ähnliche Einwirkung der Ameisen-, der Phosphorsäuren und der ätzenden Alkalien. Die quellende Haut verwandelt sich schliefslich in eine stark elastische, dem Gummi elasticum ähnliche Masse. MEUSEL hat die interessante Bemerkung gemacht, dafs die Haut nach der Quellung durch Rhodanate mehr Eiweifs durchläfst als vorher und schliefst — wohl etwas zu allgemein — hieraus auf eine Quellung der Membranen zwischen Blut und Harn als Ursache des Eiweifses im Harn. Die Bedeutung des Rhodans im Speichel findet nun auch zum erstenmal eine

[1] Gera, ALB. REISEWITZ. 1886.

befriedigende Erklärung: „Die durch Rhodan gequollenen Häute erhalten sich länger feucht und elastisch, als wenn sie blofs mit Wasser gequollen, und gerade dieses feucht und schlüpfrig Erhalten der Schleimhäute ist ein Hauptzweck des Speichels. Endlich unterstützt das Rhodan die Saccharifizierung der Stärke ....." Hier wie bei der Untersuchung des Einflusses der Rhodanate auf das Kollagen der Haut hätten wir sehr gerne eine Fortführung derselben auf das Horngewebe gesehen, mit dem ja auch die Rhodanate des Speichels zunächst in Berührung treten. Es würde damit auch der Anwendung der Rhodanate in der Dermatologie vorgearbeitet werden, die wegen des spezifischen Einflusses der Rhodanate auf das Pflanzenwachstum sehr nahe gelegt wird (Anwendung nüchternen Speichels — Volksmittel bei leichteren Hautleiden). Ein sehr interessantes theoretisches Kapitel, welches die Ursache der Quellungserscheinungen, die durch die Rhodanate bewirkt werden, zu ergründen sucht und sie in einer der Gasverdichtung im Platinschwamm analogen Wasserverdichtung um die „elastischen" Molekülkomplexe der organisierten Stoffe findet, schliefst die Abhandlung. Es war hier nicht der Ort und unsre Absicht, dem Autor in allen seinen interessanten Ausblicken zu folgen (Rhodanate als Eiweifsreagens, Wirkung der Desinficientia etc.), wir wollten ihm nur das Interesse bekunden, welches die Lektüre seines inhaltreichen Schriftchens bei uns erweckt hat, und ihn dadurch vielleicht veranlassen, seine Untersuchungen noch etwas weiter auf das medizinische Gebiet auszudehnen. Nicht blofs die Einwirkung der Rhodanate auf die Hornsubstanz interessiert uns hier vor allem, sondern auch die genauere Differentiierung der Einwirkung der Rhodanate von der der einfachen Alkalien auf die tierischen Gewebe, eine Untersuchung, die nicht wohl ohne Berücksichtigung des Einflusses des Rhodanwasserstoffs auf dieselben Gewebe auszuführen sein dürfte. UNNA.

Einschlufskitt für mikroskopische Präparate. Nach KÖNIG werden 2 Tle. Wachs in einem Porzellanschälchen geschmolzen und hierauf stückweise 7 bis 9 Tle. gewöhnliches Kolophonium zugesetzt, tüchtig verrührt und des besseren Aussehens halber envent. durch Gaze filtriert. Die Masse erkaltet in wenigen Stunden. Zum Gebrauche wird dieselbe durch Eintauchen eines erwärmten Drahtes verflüssigt und um die Ränder des Deckglases gezogen. Die Masse erstarrt in einer halben Minute und zeigt bei vorzüglicher Härte keine Sprödigkeit.

Bei Anwendung von gewissen Ölen zur Untersuchung mit Immersionssystemen (Zedernöl, Sternöl, Fenchel- und Rizinusöl) wird die Auflösbarkeit des Lackes dadurch verhütet, dafs man den Lackrand mit einer spirituösen Schellacklösung überzieht, welche bei einer konzentrierten Lösung in einer Stunde zu einer für Immersionsöl undurchdringlichen Schicht wird. Die Vorteile des Lackes gegenüber andern sind: 1. Schnelle Fertigstellung des Präparats; 2. Unauflösbarkeit des Lackes in Wasser, Glycerin, Kali acetic.; 3. gute Konsistenz; 4. einfache und billige Anfertigung desselben.

Dem venetianischen Kitt gegenüber zeichnet sich der beschriebene durch Billigkeit und bessere Konsistenz aus. Mit Alkannawurzel läßt sich der Lack schön rot färben. (*Pharm. Centralh.* 1886. 576.)

Unser verehrter Mitarbeiter, Herr Dr. STOCQUART in Brüssel, gibt seit kurzem eine Monatsschrift unter dem Titel *Archives mensuelles de Medicine et de Chirurgie pratiques* heraus. Direktion und Redaktion: rue des Minimes 35 in Brüssel.

An unsre Leser.

Mit dieser Nummer beginnt der sechste Band (Jahrgang) der *Monatshefte für Praktische Dermatologie.* Dieselben werden von jetzt ab **zweimal** monatlich in Heften von $2^1/_2$ bis 3 Bogen erscheinen. Der fort und fort wachsende Umfang, und der Wunsch, die eingehenden Beiträge und namentlich auch die Referate möglichst frühzeitig zur Kenntnis der Leser zu bringen, sind Veranlassung zu dieser hoffentlich allseitig befriedigenden Änderung. Redaktion und Verlagsbuchhandlung der Monatshefte sind fortwährend bestrebt, auch den *Referaten*-Teil nach allen Richtungen und so zu vervollkommnen, daſs möglichst schon für das Jahr 1887 die Litteratur-Übersichten desselben einen in *denkbar gröſster Vollständigkeit prompt erscheinenden* Überblick über den gesamten die Dermatologie und Syphilidologie betreffenden Teil der Weltlitteratur darstellen.

Der Abonnementspreis ist halbjährlich 8 Mark.

Die nächsten Nummern der Monatshefte werden u. a. folgende Originalbeiträge enthalten:

Mitteilungen über das Leprahospital in Rio de Janeiro, von Dr. J. J. DE AZEVEDO LIMA. — Die neueste Form meines Suspensoriums, von Dr. M. IHLE in Leipzig. Mit 4 Abbildungen. — Über Myiasis externa dermatosa, von Dr. GUSTAV JOSEPH in Breslau. — Zwei neue Mollin-Präparate als Ersatz der Jodtinktur und Jodkaliumsalbe, von TH. ALFRED KIRSTEN in Leipzig. — Zur Histologie der Psoriasis, von Dr. FERDINAND PECIRKA in Prag. — Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata, von Dr. JOSEF SCHÜTZ in Frankfurt a. M. — Die neueste Form meines Suspensoriums, von Dr. P. G. UNNA. — Über Erzeugung von Vesuvin im Gewebe und über Metaphenylendiamin als Kernfärbungsmittel, von Dr. P. G. UNNA. — Zur Frage von der abortiven Behandlung der Gonorrhöe, von Dr. EDWARD WELANDER in Stockholm.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 2. 15. Januar 1887.

Über Myiasis externa dermatosa.

Von

Dr. med. et phil. Gustav Joseph,

prakt. Arzt und Dozent a. d. Universität Breslau.

Mit der Bezeichnung Myiasis externa umfassen wir alle durch Fliegenmaden verursachten Läsionsformen des menschlichen Integuments und der damit in Verbindung stehenden, mit Schleimhaut ausgekleideten Höhlen, wie des äußeren Gehörganges, der Nasenhöhle und Mundhöhle. In das engere dermatologische Gebiet gehört demnach nur die erste Kategorie der Erkrankungen, welche wir als Myiasis externa dermatosa bezeichnen. Die durch Aufenthalt von Fliegenmaden in den, mehr dem Körperinnern zugehörigen, Partien des Tractus intestinalis, wie Magen und Darm, bewirkten Erkrankungen und die durch Einwirkung von Fliegenstichen, also durch Läsionen von seiten der vollkommenen Insekten erregten pathologischen Folgezustände sind natürlich ebenfalls davon ausgeschlossen.

Im Gegensatze zu der Myiasis interna liegen der M. externa hauptsächlich wirkliche Schmarotzer zum Grunde, deren Gesamtorganisation auf Schmarotzerleben hinweist und deren Entwickelung im Freien nicht stattfinden kann, während erstere nur von gelegentlichen, fakultativen Schmarotzern bewirkt wird. Die M. dermatosa kann an allen, den Weibchen der hier in Betracht kommenden Fliegenarten zur Ablegung der Eier resp. Absetzung der jungen Brut zugänglichen, d. i. nicht bekleideten Körperstellen entstehen, also im Integument des Kopfes und Nackens, den Nasenhöhlen, der weiblichen Schamgegend u. a.

Die Fliegenlarven oder Maden, welche auf parasitische Lebensweise angewiesen sind, bleiben während der ganzen Zeit des Larvenlebens im Körper des Menschen, verlassen ihn aber, sobald sie ausgewachsen sind, die Puppenreife erlangt haben, um sich in die Erde zu begeben und in den Zustand der Puppenruhe einzutreten.

Dasselbe Verhalten zeigen auch die gelegentlich schmarotzenden Larven, deren ganzer Entwickelungscyklus auf das Leben im Freien angewiesen erscheint, sobald sie unter den äufseren Körperbedeckungen oder in den genannten Hohlräumen hausen. Finden sie sich dagegen im Magen oder Darm, so können sie zwar auch dort einige Zeit verweilen und ein gewisses Stadium der Entwickelung erlangen, scheinen aber an diesem ungewöhnlichen Aufenthaltsorte die Bedingungen zur Endentwickelung nicht zu finden und gehen meist — bis auf seltene Ausnahmen — vor Erlangung der Puppenreife mit den Dejektionen des Wirts ab, wenn sie nicht schon früher durch Erregung des Brechakts aus dem Magen entleert worden sind.

BOSTON MEDICAL JUN 5 1897 LIBRARY

Je nach der Verschiedenheit der Fliegenarten ist die Zeitdauer ihres Larvenlebens, die Lebensweise ihrer Larven, das Verhalten derselben in der ergriffenen Körperpartie des befallenen Menschen, und infolge davon Dauer, Gesamtwesen, örtliche Ausdehnung der Affektion, vorhandene oder fehlende Komplikation mit Allgemeinleiden, mit einem Worte die pathologische Bedeutung der Erkrankung nach jeder Richtung hin und in bezug auf Prognose ungemein verschieden. Die Fliegenarten, deren Larven oder Maden hier in Betracht kommen, gehören nämlich zwei von einander sehr abweichenden grofsen Fliegenfamilien an, nämlich der Familie der eigentlichen Fliegen oder Musciden und der der Biesfliegen oder Östriden. Ich unterlasse die zoologischen Charaktere beider höchst wichtigen Fliegenfamilien zu schildern und beschränke mich im nachstehenden mit der Darstellung des mit Gestalt und Wesen der Erkrankung in innigstem Zusammenhang stehenden biologischen Verhaltens. Danach unterscheiden wir in den durch Fliegenmaden verursachten Erkrankungen die Myiasis externa muscosa von der M. e. oestrosa. Das Gebiet der bisherigen Beobachtungen erstreckt sich nur auf Europa und Amerika,

während über diese Erkrankungen in andern Weltteilen nur höchst kärgliche und kaum zu oberflächlicher Deutung verwendbare Nachrichten zu uns gelangt sind. In bezug auf Europa und Amerika haben wir hierbei die Thatsache zu berichten, dafs die genannten beiden Formen von Myiasis zwar von Maden verschiedener Fliegenarten verursacht werden, aber dafs diese Arten vikariierende sind, ein Parallelismus, auf dessen sichere biologische Bedeutung wir im Verlaufe unsrer Darstellung hinweisen.

Sowohl in der alten, wie in der neuen Welt bekundet sich die Wahrnehmung, dafs die Häufigkeit der Fälle von Myiasis zum Kulturzustande der Befallenen, der Reinlichkeit, dem Bedürfnisse in Krankheitsfällen sich ärztlichen Rates zu bedienen und der Möglichkeit desselben bald teilhaftig zu werden, in umgekehrtem Verhältnisse steht. Daher sind die meisten Erkrankungen in Europa aus Rufsland bekannt; während sie sich in Amerika hauptsächlich auf diejenigen Ländergebiete verteilen, in welchen die angedeuteten Kulturverhältnisse sich wenig über den Urzustand erheben. Die in beiden Weltteilen der Myiasis zum Grunde liegenden Fliegenarten haben eine sehr grofse geographische Verbreitung.

Da nicht nur in der östlichen, sondern auch in der westlichen Hemisphäre die bei weitem gröfste Zahl der Erkrankungen der Myiasis muscosa angehört, die M. oestrosa dagegen wenigstens in Europa zu den gröfsten Seltenheiten gehört und im Gegensatze zu der ersteren stets eine günstige Prognose zuläfst, so gebührt derselben in unsrer Darstellung der Vorrang.

Myiasis dermatosa muscosa.

Fast alle in Europa konstatierten Fälle von Myiasis gehören hierher, und so häufig auch besonders in früherer Zeit und zuweilen noch in den letzten Jahren in Europa sowie in Amerika von einem Oestrus hominis die Rede war, der angeblich bestimmten Affektionen zum Grunde gelegen haben sollte, so ist doch die Bezeichnung durchaus falsch. Nicht Östridenlarven, sondern Muscidenlarven waren Ursache jener pathologischen Zustände.

Nachrichten von ernsten und letalen Folgen von Myiasis reichen bis ins klassische Altertum zurück. In Hesiods und

besonders in Homers Gesängen (*Ilias* XIX. 26. — Wunden des Patroclos — XXII. 509, XXIV. 414) sind davon mehrfache, für den Zoologen unzweideutige, Angaben vorhanden. Am deutlichsten zeugt davon eine Stelle im Herodot (*Melpomene* 250), in welcher eine wahrheitsgetreue Schilderung des raschen und letalen Verlaufes eines Falles von Myiasis dermatosa enthalten ist. Die Übersetzung jener Stelle lautet: „Auch Pheretima endete nicht gut; denn sobald sie aus Lybien, nachdem sie die Barkäer gezüchtigt hatte, nach Ägypten zurückgekehrt war, starb sie auf jämmerliche Weise, indem sie lebend von Würmern verzehrt wurde.“ Das letztere Fliegenmaden gewesen sind, dürfte keinem Zweifel unterliegen. Dasselbe gilt von den Angaben über die durch Würmer verursachten Läsionen der Haut in den Schriften des Aristoteles, Plutarch, Flavius Josephus (den Herodes betreffend), Plinius und der mittelalterlichen arabischen Ärzte. Allen war die häufig schlimme Prognose und der stets rasche Verlauf des Leidens bekannt. Es ist zwar wahrscheinlich, dafs die Fliegenarten, durch deren gefräfsige Maden jene furchtbaren Erkrankungen verursacht worden, keine andern gewesen sind, als diejenigen, welche in der Gegenwart der Myiasis zu Grunde liegen, aber aus den kärglichen Andeutungen der Schriftsteller über Gestalt und Verhalten eine genaue Diagnose der Art zu stellen, ist unmöglich. Dasselbe gilt für fast alle Mitteilungen aus späterer Zeit bis zu den letzten Jahren, die bis auf spärliche Ausnahmen oberflächlich und fast wertlos sind. Wie konnte dies auch anders sein, da den hierüber berichtenden Schriftstellern die zur Unterscheidung des Wichtigen vom Nebensächlichen und zur Vollziehung genauer Beobachtungen nötigen Vorkenntnisse fehlten. Keiner von allen hat daran gedacht, dafs ohne Ermittelung der Fliegenart, aus deren Eiern jene Larven hervorgegangen sind, prophylaktische Mafsregeln zu treffen unmöglich ist. Nur in wenigen Fällen gelingt es, aus den kärglichen Angaben über Gestalt und Verhalten der Maden wenigstens die Gattung zu erschliefsen, zu welcher die Fliegenart gehört, deren Maden als Hautparasiten beobachtet worden sind. Als ein solches Beispiel führe ich den Fall an, über welchen Dr. Roulin[1] 1829 der französischen Akademie berichtet hat. Ein Bettler in Linkolnshire hatte im Juni

bei heifsem Wetter im Freien am Tage unter einem Baum geschlafen und seiner Gewohnheit gemäfs ein Stück Fleisch, welches er sich irgendwo zugeeignet hatte, ohne zu ahnen, dafs es voll Fliegenmaden war, am Busen auf nackter Körperhaut verborgen. Die Maden waren bald auf seine Haut übergegangen, hatten dieselbe angefressen, ja an manchen Stellen die Muskeln bis auf die Knochen verzehrt. Der Ärmste konnte vor Entkräftung sich nicht von der Stelle bewegen. Als er aufgefunden wurde, waren an seiner Brust die Weichteile von den unzähligen Maden bis auf die Rippen verzehrt und sein Zustand derart, dafs er eine Stunde nach Aufnahme ins Hospital starb. Durch die Gefräfsigkeit und das rasche Vordringen der Maden wird angedeutet, dafs sie einer der gröfseren Arten der Gattung Sarcophaga (S. carnaria, haemorrhoidalis o. a.) angehört haben, deren junge Brut mit besonders kräftigen Mundhaken versehen ist. Einen sicheren Schlufs auf die Fliegenart läfst weder diese, noch die weit schaurigere von M. J. Cloquet[2], noch eine grofse Zahl andrer, ebenfalls ungenauer Mitteilungen[3] über Myiasis, welche in verschiedenen ärztlichen deutschen und ausländischen Zeitschriften — sogar noch der letzten Jahre — enthalten sind, zu.

Der erste Schriftsteller, welcher als wahrer Forscher auf exakte Weise seine Beobachtung über Myiasis bei einem seiner Kranken veröffentlicht hat, ist Johann August Wohlfahrt. Seine Abhandlung[4] trägt den Stempel des befähigten, der Wissenschaft treu ergebenen Arztes und streng gewissenhaften Forschers. Getreu seiner Ansicht: Naturae vera contemplatio, quaemis non faciat medicum, aptiorem tamen medicinae reddit

[1] Kirby and Spence. T. I. pag. 138. Js. Geoffroy, *Journaux scientifiques* pour l'année 1833.

[2] *Éléments de Zoologie médicale* par Moquin-Tandon. 1860. pag. 214. Die Mitteilung betrifft ebenfalls einen Lumpensammler von ungefähr 50 Jahren, der, in noch fürchterlicherem Zustande von Maden zerfressen, in einem Graben nahe bei Montfaucon bei Paris schlafend gefunden worden war. Jamais — dit M. Cloquet — il n'avait vu un spectacle plus horrible et plus dégoûtant, que cet infortuné dévoré tout vivant par des larves de cadavre.

[3] Vandermonde, *Journal de médécine.* Août 1758. T. IX. pag. 136. *Ephemerid. Academ. natur. curios.* Dec. 3. Ann. 7 et 8. pag. 260. Observ. 141.

[4] De vermibus per nares excretis (Joannes Augustus Wohlfahrt). *Nova acta phys. med. Academ. Caesareae Leopoldino-Carolinae.* T. IV. S. 277—289 und Tfl. VII. Fig. 1—12. Norimbergae 1770.

profectum (Celsus *de medicina* praefatio), begnügt er sich nicht, wie so viele hunderte nach ihm, über die Thatsache, welche er sorgsam beobachtet hat, wahrheitsgetreu zu berichten, sondern er bemüht sich, und es gelingt ihm, gestützt auf seine gründlichen zoologischen Kenntnisse den Gegenstand entsprechend seiner Wichtigkeit zu ergründen. Er erkennt die aus der Nase eines 67 Jahre alten Greises teils freiwillig abgegangenen, teils durch alkoholische Einspritzungen entfernten 19 weifslichen Würmer als Fliegenmaden und als seine Aufgabe zu erforschen, wie diese Parasiten in die Nase des Kranken gelangt seien. Er hat die richtige Anschauung, dafs er nur dann dieselbe zu lösen im stande sein würde, wenn er die Fliege, aus deren Eiern die Maden stammten, entdeckte. Seine gediegenen zoologischen Kenntnisse befähigten ihn, aus den sorgfältig gesammelten Maden, indem er ihnen in einem geeigneten Glasgefäfse, dessen Boden mit feuchter, lockerer Erde bedeckt war, die natürlichen Bedingungen der Weiter- und Endentwickelung bietet, zum ersten Male nach 29 bis 30tägiger Puppenruhe die Fliege zu erziehen. Seiner kurzen, aber richtigen Beschreibung der Maden, der Tönnchenpuppe und der Fliege fügt er, die Zweckmäfsigkeit von Abbildungen betonend (Segnius irritare animos, quae per aures percepta, quam quae oculis subjecta sint), eine Anzahl für die geringen Hilfsmittel der damaligen Zeit (1770) musterhafte Zeichnungen hinzu, welche in ausgeprägten Zügen die wichtigsten Merkmale der Art uns wiedergeben und ihre Wiedererkennung ermöglichen.[5] Es ist die von Portschinsky in St. Petersburg

[5] Interessant ist, dafs spätere Schriftsteller, denen die Fliegenart, welche in der Abbildung Wohlfahrts dargestellt ist, unbekannt war, dieselbe für sehr schlecht erklärten und der Meinung waren, es sei eine verfehlte Darstellung von Sarcophaga carnaria. In diesem Irrtum befindet sich sogar der gelehrte Entomologe Hagen, der in seiner *Bibliotheca entomologica*. Bd. II. S. 496 bei Aufzählung der Autoren, die über die in der Nase vorgefundenen Larven geschrieben haben, auch Wohlfahrt anführt und die von letzterem beschriebene Fliegenart Sarcophaga carnaria L. nennt. Auch der berühmte Forscher Isidor Geoffroy S. Hilaire (cf. *Annales de la Société entomol. de France*. 1833. S. 518) erklärt leichtfertig die Darstellung Wohlfahrts für unwahr: „L'auteur donne du ver et de l'insect après sa metamorphose une figure malheureusement très imparfaite et qui n'indique guère que la forme générale d'une mouche. Cette observation est d'ailleurs rapportée d'une manière tellement incomplète, qu'on ne saurait la regarder comme entièrement authentique."

zu Ehren ihres Entdeckers Sarcophila Wohlfahrti benannte Fliegenart. Ob dieselbe mit der Sarcophila magnifica Schiner identisch ist, wonach die von SCHINER (*Fauna austrica. Die Fliegen, Diptera.* Teil I. 1862. S. 507) eingeführte Benennung als die ältere nach zoologischem Grundsatze beibehalten werden müfste, wage ich nicht zu entscheiden.[6] Die Larven sind also nicht als solche an die Nase von WOHLFAHRTS Kranken gelangt, sondern sind daselbst Eiern entschlüpft, welche ein Weibchen der genannten Fliegenart, von irgend einem Umstand angelockt, abgesetzt hatte, und weiter in die Nasenhöhlen gewandert Welcher Umstand es gewesen, wodurch die gefährliche Fliege herbeigelockt worden war, erfahren wir durch den Autor ebensowenig, als Angaben über den sonstigen Aufenthalt dieser Fliegenart, wodurch allein die Verhütung der Infektion ermöglicht werden könnte. Gleichwohl überragt WOHLFAHRTS Abhandlung durch die Vortrefflichkeit seiner Darstellung nicht nur alle früheren, sondern auch viele spätere Publikationen über Myiasis. Es darf uns nicht wundern, dafs der dipterologische Kenntnisse entbehrende FRIEDRICH TIEDEMANN[7] alle Erkrankungen an Myiasis, auch die von WOHLFAHRT veröffentlichte, als von ge-

[6] Nach dem Vorgange PORTSCHINSKYS benenne auch ich in nachstehendem die von mir aus parasitischen Larven, welche mit den von WOHLFAHRT und PORTSCHINSKY beschriebenen in der Gestalt und in ihrem Verhalten gänzlich übereinstimmten, Sarcophila Wohlfahrti P. und nicht S. magnifica Schiner, obgleich sie dieser Art sehr nahe steht. Ich habe dafür folgenden sehr triftigen Grund. Die Larven von S. Wohlfahrti P. habe ich mehrfach aus den früher genannten Körperstellen von Kranken in Ortschaften der nächsten Umgegend von Breslau lebend erhalten und aus den ausgewachsenen, freiwillig abgegangenen Exemplaren die Fliege erzogen, aber dieselbe nie im Freien beobachtet. SCHINER sagt von seiner S. magnifica (cf. l. c.), dafs sie sich an Eryngium campestre finde. In der Nähe des Oderufers und an vielen andern Orten um Breslau blüht diese Pflanze vom Juli bis in den August sehr häufig. Obgleich sowohl ich selbst, als auch im Sehen geübte Freunde und meine Söhne durch länger als ein Jahrzehnt blühende Eryngien mit Eifer und Aufmerksamkeit abgesucht haben, so war doch unsre Mühe bisher eine vergebliche. Es gelang uns nicht im Freien die bezeichnete Fliege aufzufinden. Demnach scheint dieselbe um Breslau nicht vorzukommen. Aber selbst wenn es mir gelungen wäre dieselbe aufzufinden, würde ich von der Zusammengehörigkeit beider zu einer Art nur dann überzeugt sein, wenn es gelungen wäre, auch S. magnifica aus der Larve aufzuziehen und wenn ihre Larve mit der des S. Wohlfahrti übereinstimmte. Vollkommen gleiche Entwickelung und gleiche frühere Zustände haben zur Feststellung der Art-Identität mehr Wert, als gleiche Gestalt der ausgebildeten Fliege.

[7] FRIEDRICH TIEDEMANN, *Von lebenden Würmern und Insekten in den Geruchsorganen des Menschen.* Mannheim 1844. S. 19—24.

wöhnlichen Fleischfliegenmaden (Sarcophaga) herrührend ansieht. Erkrankungen an Myiasis in Europa mit tödlichem Ausgange, ebenfalls ohne Ergründung der denselben zu Grunde liegenden Fliegenart finden sich in H. LEBERTs *Anatomie pathologique* (T. II. S. 397) und in vielen andern pathologischen Schriften erwähnt. Ebenso werden in zoologischen Lehrbüchern, z. B. TROSCHEL und RUTHE (4. Aufl. S. 455) Fälle von Myiasis angeführt. In der Sitzung des Naturwissenschaftlichen Vereins zu Halle vom 16. November 1870 demonstrierte Prof. TASCHENBERG[8] 2 der Sarcophila Wohlfahrti angehörige Fliegenlarven, welche durch ärztliche Kunsthilfe aus dem Gehörgange eines Knaben entfernt worden waren, und gab eine kurze Charakteristik der Larven.

Die bei oberflächlichster Betrachtung für Laien unleugbare Ähnlichkeit der im menschlichen Körper aufgefundenen Fliegenmaden mit Östriden-Larven und ganz besonders mit den viel näher verwandten Larven aus den Muscidengattungen, Sarcophaga, Lucilia und Calliphora, hat bis in die letzten Jahre der neuesten Zeit Veranlassung zur Verwechselung mit letzteren und irrtümlichen Annahmen gegeben. So wird noch 1881 in der *Wiener medizinischen Wochenschrift* (3. Dezember) von Dr. KIRSCHMANN ein Fall von Myiasis mitgeteilt und dabei die Larven als Östriden-Larven bezeichnet, welche sicherlich Muscidenlarven gewesen sind. Kenntnis des viel langsamern, grell verschiedenen Verlaufes der Myiasis oestrosa bei Fernsein von Allgemeinerkrankung des von Östridenlarven Infizierten, des abweichenden Verhaltens der Östridenlarven in der von ihnen befallenen Körperpartie, würde vor so ungeheuern Irrtümern bewahrt haben. Gar zu leichtfertig wurde weder Ort und Gelegenheit der Infektion, noch der Zustand der Befallenen zur Zeit derselben berücksichtigt.

Aufmerksame Beobachtung aller dieser Momente, genaue und gewissenhafte Untersuchung der aufgefundenen Larven von seiten mit genügenden dipterologischen Kenntnissen ausgestatteter Ärzte haben nun aber zu den wichtigen Ergebnissen geführt,

[8] *Zeitschrift für die gesammten Naturwissenschaften*, von GIEBEL und SIEWERT. Bd. 36. 1870. S. 447.

dafs in allen genau beobachteten Fällen die Infektion 1. stets im Freien, 2. stets im Sommer und zwar bei hellem, warmem Wetter, 3. im Schlafe der Betroffenen stattgefunden hat, dafs 4. letztere zur Zeit der Ansteckung an Katarrhen oder mit eiteriger Absonderung verbundenen Entzündungen der Nasenhöhle (Ozaena) und des äufseren Gehörganges (Otorrhöe), oder an Geschwüren oder Wunden an irgend einer, dem Fliegenweibchen zugänglichen, Körperstelle gelitten hatten; dafs 5. die Fliegenmaden von da stets weiter drangen und auch gesunde Weichteile angriffen; 6. die Larven grofse Gefräfsigkeit zeigten, rasch wuchsen, dabei der von ihrem Frafse verursachte Substanzverlust sich rasch vergröfserte; 7. die Maden in etwas länger als einer Woche ausgewachsen und zum Auswandern geneigt waren; 8. endlich in allen diesen Fällen weder Östridenlarven noch Maden von Arten der Gattungen Sarcophaga, Calliphora, Lucilia zum Grunde lagen, sondern Larven der in Europa nur im Freien lebenden, nie in menschliche Wohngebäude dringenden, Sarcophila Wohlfahrti P. und in Amerika der unter gleichen Bedingungen lebenden, aber wie es scheint, weniger scheuen, zuweilen sogar zudringlichen, Compsomyia macellaria Fbr.

Von Forschern, welche, mit gründlichen dipterologischen Kenntnissen versehen, zur Feststellung oben genannter Ergebnisse beigetragen und sich der Methode WOHLFAHRTS angeschlossen haben, ist zuerst E. GRUBE zu erwähnen. In seiner 1853 erschienenen Abhandlung [9] über Vorkommen von Fliegenmaden im menschlichen Körper beschrieb er eine Anzahl von besonders das Integument betreffenden Erkrankungen an Myiasis, welche im Gorkischen Kreise des Mohilewschen Gouvernements in Rufsland stattgefunden hatten. In bezug auf die Spezies der Fliege von welcher die von ihm untersuchten Larven herrührten, blieb GRUBE im ungewissen, ob sie der Sarcophila Meigenii oder S. latifrons angehörten.

Die in demselben russischen Gouvernement später beobachteten Erkrankungen an Myiasis bilden das Substrat zu den den letzten Jahrzehnten angehörigen, bedeutungs- und lichtvollen

[9] E. GRUBE, Über das Vorkommen von Fliegenmaden im Menschen. *Archiv für Naturgeschichte* von WIEGMANN. 1853. Bd. XIX. S. 282—285.

Publikationen M. J. PORTSCHINSKYS[10], Sekretär der entomologischen Gesellschaft zu St. Petersburg. Seine wichtige ältere Arbeit, welcher 4 Tafeln naturgetreuer, mit den besten neuern Hilfsmitteln dargestellter Abbildungen beigegeben sind, ist nicht nur die wichtigste Quelle für die Kenntnis der in manchen Gebieten Rufslands förmlich endemisch auftretenden Myiasis, sondern enthält auch allgemein wichtige Gesichtspunkte, die für ärztliches, sowohl therapeutisches, als auch prophylaktisches Handeln mafsgebend sind. Die einzelnen Momente der Infektion mit den Eiern der Sarcophila Wohlfahrti, nämlich: Schlafen im Freien bei hellem, warmem Wetter im Sommer, besonders im trunkenen Zustande bei verminderter Reflexaktion auf geringe äufsere Hautreize, ferner bei katarrhalisch — oder entzündlich — eiteriger Affektion der Nasenhöhlen, äufseren Gehörgänge, Geschwüren oder Wunden an zeitweise unbedeckten, den Fliegen alsdann zugänglichen, integumentalen Körperstellen, wodurch die sonst scheue Fliege, welche nie menschliche Wohnungen aufsucht, angelockt wird, werden durch seine Beobachtungen in klares Licht gestellt. Es wird dabei betont, welch wichtiges Moment zum Zustandekommen der Infektion in der Unreinlichkeit und Nachlässigkeit der Bewohner im Nachsuchen ärztlicher Hilfe bei äufsern Erkrankungen liege. PORTSCHINSKY ist nächst WOHLFAHRT der zweite Forscher in Europa, dem es gelingt, die gefährliche Fliege aus den parasitischen Larven, welche aus dem Körper der Menschen freiwillig abgegangen oder entfernt worden waren, zu erziehen. Er stellt fest, dafs die zahlreichsten Infektionen im Hoch- und Spätsommer, selten im Juni, nie im ersten Frühjahre erfolgen. Aus der Organisation der jungen Made und deren Modifikation in den Stadien ihrer Weiterentwickelung zieht er den wichtigen Schlufs, dafs dieselben nicht nach Art der Larven von Gattungen andrer Musciden, wie Sarcophaga.

---

[10] Krankheiten, welche im Mohilewschen Gouvernement von den Larven der Sarcophila Wohlfahrti P. entstehen und deren Biologie, von M. J. PORTSCHINSKY. *Horae societatis entomologicae Rossicae.* 1875. Bd. XI. Heft 2. S. 123—162.

J. PORTSCHINSKY, *Sarcophilae Wohlfahrti monographia.* St. Petersburg 1884. (Russisch.) Mit 33 Holzschnitten. (69 Seiten.) Extr. *Horae societatis entomol. Rossicae.* T. XVIII.

Calliphora, Lucilia gelegentliche Schmarotzer sind, sondern gleich denen der Östridenlarven als eigentliche Schmarotzer auf warmblütige Wirbeltiere, als Wirte, angewiesen sind. Ferner weist er nach, dafs Sarcophila Wohlfahrti nicht auf den Menschen, als alleinigen Wirt, beschränkt ist, sondern auch mehrere unsrer Haustiere, wie Hornvieh, Pferde, Schweine, Hunde und Gänse heimsucht. Bei diesen Tieren, genügen kleine Wunden, welche von Stechfliegen (Stomoxys calcitrans M.) verursacht worden waren, also geringer Geruch nach Blut, um die Fliege anzulocken, und dienen ihr als willkommene Stätten zur Eiablage. In manchen Ortschaften zeigte sich mehr als die Hälfte der Herden von den Maden der Fliege infiziert, wodurch grofse Sterblichkeit unter denselben bedingt war. Die grofse Scheu, mit der die Fliege sich dem Menschen nähert, erklärt es, dafs dieselbe sehr selten im Freien gesehen wird, und dafs die in den Sammlungen befindlichen Exemplare nicht gefangen, sondern aus Larven gezogen sind. Ich teile die Ansicht P.s, dafs die Mundbewaffnung der jungen Brut dieselbe befähigt, nicht nur durch Defekte im Integument, sondern auch durch intakte Stellen der Schleimhaut in das submuköse Bindegewebe vorzudringen. Die jungen, eben den Eiern entschlüpften, Maden haben die verhältnismäfsig stärkste Mundbewaffnung, während dieselbe an Maden nach der zweiten und noch mehr nach der dritten Häutung zurückgebildet erscheint. Dafs fast stets nur Larven aus den beiden letzten Stadien vor der Puppenreife in Gröfse von $5^3/_4$ bis $11^1/_2$ mm im Menschen angetroffen wurden, hat seinen Grund darin, dafs die Maden meist erst nach Erlangung relativ beträchtlicher Gröfse erhebliche lokale Beschwerden und allgemeines fieberhaftes Ergriffensein verursachen, während sie als junge Larven nur vor der Infektion gefühlte Beschwerden steigern. Derartige Verschlimmerungen werden aber von Kranken unrichtig gedeutet, das Gefühl von Jucken von Laien sogar als Zeichen beginnender Heilung angesehen und deshalb ärztliche Hilfe in diesem ersten Stadium selten nachgesucht. Dafs die verschiedene Gröfse und danach modifizierte Mundbewaffnung der Larven nur Ausdruck verschiedener Entwickelungstufen sei, ist dem emsigen und scharfblickenden Forscher nicht entgangen. (Fortsetzung folgt.)

Aus der Dermatologischen Klinik an der böhmischen medizinischen Fakultät in Prag.

Zur Histologie der Psoriasis.

Vorläufige Mitteilung von

Dr. Ferdinand Pecirka,

Assistent.

Die mikroskopische Untersuchung von Psoriasiseffloreszenzen ergab mir folgendes Resultat:

1. Das Stratum corneum bildet keine kernlose homogene Schicht, sondern man findet in demselben platte, deutlich tingierte Kerne, welche in den an das Stratum lucidum angrenzenden Schichten am schmälsten sind, gegen die Oberfläche hin jedoch im senkrechten Durchmesser etwas breiter werden.[1]

2. An einzelnen Stellen häufen sich diese deutlich gefärbten Kerne derart, dafs die ungefärbte zwischen ihnen liegende Zellsubstanz fast schwindet. Infolge dessen entstehen in der oberflächlichen Schicht kleine Nester, gebildet aus gut tingierten Kernen und Zellen, die jedenfalls kleiner als die sie umgebenden Zellen sind.

3. Die in dieser Art sich färbenden Kerne sind nicht gleichmäfsig über das ganze Stratum corneum verteilt. Vielmehr findet man sie in einzelnen Bezirken, die ohne bestimmte Grenze in normal sich verhaltende Partien übergehen.

4. Die Epidermis ist oft an den gefärbten Stellen vielfach zerklüftet und lamellös abgehoben, was man jedoch auch an den ungefärbten Stellen zu beobachten im stande ist.

5. Infolge der Kernfärbung ähnelt die oberste Schichte des Stratum corneum den oberflächlichsten Schichten von Schleimhäuten mit geschichtetem Pflasterepithel.

6. Das Stratum lucidum ist deutlich erhalten.

7. Die suprapapillären Partien der Schleimschicht sind verbreitert.

---

[1] Herr Professor Leloir, mit dem ich in den Ferien 1886 in Prag die histologischen Verhältnisse der Psoriasis zu besprechen die Ehre hatte, kannte dieses Faktum aus eignen Präparationen.

8. Das Stratum granulosum ist erhalten. An einzelnen Stellen wird es blofs durch eine oder zwei Zellenreihen gebildet, hier und da sieht man es jedoch verbreitert und die Keratohyalinkörner tiefer in die Zellen der Schleimschicht eingestreut.

9. Um die gefärbten Zellen der Schleimschicht bemerkt man einen Hohlraum derart, dafs zwischen dem Kern und dem deutlichen Zellkörper ein schmaler, heller Ring sich vorfindet. Dieses Phänomen ist an den mittleren Partien der Schleimschicht und der Interpapillarzapfen am deutlichsten.

10. Die interpapillären Zapfen sind bedeutend verlängert. An einzelnen Stellen sind dieselben breiter, als im normalen Zustande, so dafs die Bindegewebspapille nur auf das Gefäfs und spärliches, vom kleinzelligen Infiltrate durchsetztes Bindegewebe reduziert ist. Meistens sind jedoch die Zapfen schmal und schlank.

11. Stellenweise sieht man von den primären, etwas erweiterten, ursprünglichen Zapfen sekundäre schlanke Zapfen in die Tiefe ragen.

12. Die Bindegewebspapillen sind sekundär verlängert und dort, wo die sekundären Zapfen zum Vorschein kommen, unterscheidet man neben hohen primären auch sekundäre Papillen von geringerer Höhe.

13. Die subpapillären sowie die interpapillären Gefäfse sind in verschiedenem Grade von kleinzelligem Infiltrate umgeben.

14. Obgleich in den oberflächlichen Schichten des Stratum corneum deutliche Mikroorganismen vorgefunden wurden, konnte in den tieferen Partien nichts dergleichen nachgewiesen werden.

15. Aus den angeführten Thatsachen kann man mit einiger Wahrscheinlichkeit folgende Schlüsse ziehen.

a. Die Psoriasis ist eine Krankheit des epithelialen Anteiles der Haut.

b. Dieselbe beruht wahrscheinlich im atypischen Wachstum und unregelmäfsiger Verhornung des Epithels.

c. Die Veränderungen an den Gefäfsen sind sekundärer Natur.

16. Die negative Verfärbung der psoriatischen Stellen nach Choysarobingebrauch spricht dafür, dafs ihr Chemismus gewisse Veränderungen erfahren hat.

Über Erzeugung von Vesuvin im Gewebe und über Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel.

Ein kleiner Beitrag zur Theorie der Färbung.

Von

P. G. Unna.

Wenn man einen Hautschnitt in einer wässerigen Lösung von Metaphenylendiamin färbt, so erhält man eine sehr reine Kernfärbung. Die Hornschicht ist garnicht gefärbt; ebensowenig die kollagene und elastische Substanz. Protoplasmatische Substanzen nehmen einen sehr schwachen graubraunen Ton an, der beim Auswässern der Schnitte wieder verloren geht. Alle Kerne ziehen dagegen den Farbstoff energisch an und halten ihn Entfärbungsmitteln gegenüber sehr fest. So erscheint die Stachelschicht bereits mit bloßem Auge als dunkelbraunes Band (aus Kernen gebildet), ihre Fortsetzungen in die Knäueldrüsen und Haarbälge als braune Streifen im sonst ungefärbten Gewebe. Wäscht man solche Schnitte gut aus und bringt sie in eine schwache (etwa 1%ige) Lösung von Natrium nitrosum, welche bei direkter Mischung mit einer schwachen Lösung von Metaphenylendiamin diese sofort in eine dunkel gelbbraune Lösung von Vesuvin verwandelt:

$$2\left(C_6H_4\begin{matrix}NH_2\\NH_2\end{matrix}\right) + HNO_2$$

2 Mol. Metaphenylendiamin + 1 Mol. Salpetrige Säure

$$= 2H_2O + NH_2{-}C_6H_4N{=}N{-}C_6H_3\begin{matrix}NH_2\\NH_2\end{matrix}$$

= 2 Mol. Wasser + 1 Mol. Triamidoazobenzol (Vesuvin)

so findet die Umwandlung in den gelbbraunen Ton des Vesuvins nur innerhalb der mittleren, lockeren Hornschicht, nicht in den übrigen Teilen des Schnittes statt. Sämtliche Kerne behalten ihre graubraune Farbe bei, so lange man sie auch in der Lösung von $NaNO_2$ lassen mag und wie immer man die Konzentration des Metaphenylendiamins im Gewebe und des $NaNO_2$ in der Lösung variieren mag. Merkwürdigerweise nimmt nur die mittlere Hornschicht Vesuvinfarbe an, ohne vorher überhaupt (wie schon oben bemerkt) das recht gut davon zu unterscheidende Graubraun des Metaphenylendiamins angenommen zu haben.

Wenn diese Thatsache schon deshalb allgemeineres Interresse beansprucht, weil sie die erste Erzeugung eines Anilinfarbstoffes auf dem Gewebe selbst repräsentiert, so gibt sie auch einen unzweideutigen Fingerzeig zum besseren Verständnis der Vorgänge beim Färben des tierischen Gewebes. Sie läfst nämlich nur folgende Erklärung zu.

Das Methaphenylendiamin gibt mit der Kernsubstanz eine sehr innige, chemische Verbindung von solcher Festigkeit, dafs die salpetrige Säure trotz ihrer grofsen Verwandtschaft zum Metaphenylendiamin dasselbe nicht aus der Verbindung mit den Kernen frei machen kann. Deshalb tritt hier keine Vesuvinbildung auf. Die übrigen Gewebe (kollagenes, elastisches, verhorntes) imbibieren sich freilich auch mit dem Metaphenylendiamin. Wenn wir sie aus der Lösung des letzteren rasch ohne genügende Abspülung in die Lösung von $NaNO_2$ bringen, bilden die anhaftenden Mengen des Metaphenylendiamins sofort eine Vesuvinwolke um den Schnitt, welche — fast augenblicklich — demselben eine gelbe Farbe erteilt. Wässern wir aber — wie oben angegeben — den Schnitt gut aus, so entfernen wir fast alles anhaftende Phenylendiamin, und es tritt nur dort Vesuvinbildung auf, wo trotz längerer Abspülung Reste jenes Farbstoffes locker haften geblieben sind. Diese Erscheinung beschränkt sich auf die mittlere Hornschicht, da dieser Teil derselben am leichtesten mit basischen Flüssigkeiten sich aufquellend imbibiert und die Hornzellen als solche sehr geeignet sind, innerhalb ihres Hornmantels Farbstoffe, auch wenn sie nicht fest gebunden sind, mechanisch fest zu halten.

Diese Farbreste, in Form der wässerigen Lösung haftend und viel zu gering, um der Hornschicht eine Farbe zu erteilen, genügen doch, um, in Vesuvin verwandelt, die Hornschicht zu tingieren. Denn das Vesuvin ist nicht nur viel farbenkräftiger als das Phenylendiamin, es färbt auch echter, d. h. es ist weniger wählerisch in der Auswahl der Gewebe und weniger leicht aus seiner Verbindung mit denselben zu vertreiben. Während eine starke Phenylendiaminlösung die Hornschicht ungefärbt läfst, färbt eine starke Vesuvinlösung dieselbe stets mit gelbbrauner Farbe. Dafs aber die im Gewebe sekundär erzeugte Vesuvin-

farbe eben nur die mittlere Hornschicht tingiert und nicht die ganze, beweist anderseits mit absoluter Sicherheit, dafs sie nicht etwa durch Ausziehen des Phenylendiamins aus den Kernen des Bindegewebes, Verbindung desselben mit $NaNO_2$ und nachträgliche Imbibition in die Hornschicht entsteht. Es wäre dann eben durchaus unerklärlich, weshalb nicht auch die basale und die oberflächliche Hornschicht, weshalb nicht die kollagene und elastische Substanz sich ebenfalls nachträglich gelbbraun färben.

Die beschriebene Erscheinung wird also nur dadurch verständlich, dafs wir annehmen, dafs das Phenylendiamin sich einerseits in den Kernen niederschlägt und anhäuft, wodurch dieselben graubraun und echt tingiert werden, anderseits in der lockeren Hornschicht in solchem Grade imbibiert, ohne eine chemische Verbindung mit dem Gewebe einzu gehen, dafs die nachfolgende Behandlung mit $NaNO_2$ hier ausnahmsweise eine Vesuvinbildung veranlassen kann. Aus dieser, wie mir scheint, unanfechtbaren Schlufsfolgerung können wir manches lernen.

Es wird nur dort gelingen, Anilinfarbstoffe in den Geweben selbst aus mehreren Komponenten zu erzeugen, wo wir durch rein physikalische, besonders günstige Umstände, die eine Farbstoffkomponente locker aufspeichern können, ohne bereits eine feste Verbindung mit dem Gewebe zu veranlassen — oder wo es uns gelingt, eine solche nachträglich wieder soweit zu lockern, dafs sie nun mit der zweiten Komponente die neue Verbindung zur Bildung des gewünschten Farbstoffs eingehen kann.

Die Bildung der Farbstoffe im Gewebe aus verschiedenen Komponenten hat für die Histotechnik deshalb einen besonderen Reiz, weil wir Grund haben anzunehmen, dafs durch solche successive Bildung des Farbstoffs eine feinere Auslese und Nüancierung der Farben im Gewebe leichter zu erreichen sein wird. Aber dieselbe wird sich nur dort bewerkstelligen lassen, wo nicht schon die Farbkomponenten an sich in den Gewebsbestandteilen eine starke Verwandtschaft — wie hier Phenylendiamin zu den Kernen — besitzen und diese durch kräftige Färbung äufsern.

Wir werden weiterhin wieder zu der Überzeugung gedrängt, welche ich in meiner Arbeit: Die Rosaniline und Para-

rosaniline, eine bakteriologische Farbenskizze (*Dermatologische Studien.* Heft 4) näher begründet habe, dafs die histologischen Färbungen als chemische Prozesse zu betrachten sind, die sich nach der Verwandtschaft der Gewebe, der „Beizen" und der Entfärbungsmittel zu den Farbkörpern ganz gesetzmäfsig regeln und handhaben lassen.

Endlich geht aus der mitgeteilten Art der Vesuvinerzeugung hervor, dafs wir ganz im allgemeinen bei jedem Färbeprozefs hauptsächlich zweierlei zu unterscheiden haben: die Imprägnation des Gewebes mit der Farblösung, ein physikalisches Phanömen und die wirkliche Färbung, eine chemische Erscheinung, welch letztere stets mit einem Niederschlag und oft mit einer allmählich fortschreitenden Aufspeicherung des Farbstoffes im Gewebe einhergeht. Drittens kommt oft noch hinzu ein wiederum physikalisch bedingter Niederschlag des Farbstoffes gröberer Art auf dem Gewebe, der von der Konzentration des Farbstoffes, seiner Neigung zum Ausfallen und der Dauer des Färbeprozesses abhängt, mehr von praktischem als theoretischem Interesse ist und gemeiniglich sog. „Farbstoffniederschläge" d. h. Verunreinigungen darstellt. Die Entstehung der letzteren müssen wir stets zu verhindern suchen; die direkte chemische Bindung haben wir bisher immer zu erreichen gestrebt; die physikalische Imprägnation mit nachträglicher chemischer Bindung — wie die Vesuvinfärbung der mittleren Hornschicht — kann unter Umständen auch zu einer feinen Farbenauslese führen.

Zum Schlusse möchte ich noch einmal auf den Nutzen des Metaphenylendiamins hinweisen. Man hält es als graubläuliches, unveränderliches Pulver vorrätig, da seine Lösung allmählich durch Oxydation und Bildung harzartiger Niederschläge verdirbt. Eine Messerspitze davon gibt im Schälchen mit kaltem, destilliertem Wasser sofort eine brauchbare Lösung, um an Schnitten eine sehr reine Kernfärbung zu erzielen, die wegen der graubraunen Nüance sich zur Doppelfärbung mit den meisten (roten, blauen, grünen, violetten) Farben eignet und sowohl primär als sekundär dem Gewebe mitgeteilt werden kann.

Ein Tropfen einer (1—5%igen) Lösung von $NaNO_2$ verwandelt jene augenblicklich in eine prachtvoll gelb- bis rotbraune Vesuvinlösung, die ebenfalls sofort (ohne Filtrieren) zur Ausfärbung geeignet ist und die man vorziehen wird, wenn man neben der Kernfärbung eine nüancierte Tinktion der übrigen Gewebsbestandteile, besonders auch der Mastzellen wünscht.

Da die vorrätig gehaltenen Vesuvinlösungen mit der Zeit ebenfalls verderben, Niederschläge absetzen und weniger kräftig färben, gebe ich dieser Methode, die Vesuvinlösung aus ihren Bestandteilen zu improvisieren, den Vorzug. Sie verhält sich der Färbung mit fertigen Lösungen des Vesuvins gegenüber etwa wie die Böhmersche Methode des Hämatoxylinfärbung zu den Tinktionen mittels fertiger Lösungen von Alaun-Hämatoxylin.

Referate.

Klinische Bemerkungen über den Wert des Resorcins, Ichthyols und Lanolins bei Hautkrankheiten, von Henry W. Stelwagon. (*Journ. of cutan. and vener. diseases.* 1886. No. 11. pag. 326.)

Die zahlreichen früheren Arbeiten des Verf. lassen es nicht recht begreiflich erscheinen, wie derselbe sich gerade in diesem Falle seine Aufgabe so leicht machen konnte, wie es in dem vorliegenden Aufsatz wirklich geschehen ist. Es ist dies umso mehr zu bedauern, da Unna in seiner im höchsten Grade anregenden Arbeit über das Ichthyol und Resorcin[1] den Weg, auf welchen die ferneren Untersuchungen wirklich nutzbringend verwertet werden können, so klar und deutlich vorgezeichnet hat, dafs er gewifs nicht wenig überrascht sein wird zu sehen, in welcher Weise auf dem von ihm gelegten Grunde in diesem Falle weiter gebaut worden ist, und wie seine Bemühung, den Nachfolgenden die Arbeit zu erleichtern, vollständig unberücksichtigt geblieben ist.

Der erste Teil dieses Aufsatzes ist dem Resorcin gewidmet und beginnt mit folgender Zusammenstellung, welche wörtlich angeführt werden soll, weil sie zugleich zeigt, in welcher Weise der Verf. seine Erfahrungen verwertet, und überdies auch die übrigen Abschnitte diesem Beispiel fast vollständig gleichen.

„Resorcin: Angewendet in 25 Fällen von Ekzem, 5 Trichophytonfällen, 3 Fällen von Tinea versicolor, 6 Fällen von Unterschenkelgeschwü-

[1] *Dermatologische Studien.* 2. Heft. Hamburg u. Leipzig 1886. (Ergänzungsheft II. 1886 zu *Monatsh. f. pr. Derm.*)

ren, 20 Fällen von Seborrhoea und Alopecia, 5 Psoriasisfällen, 2 Sykosisfällen, 1 Fall von Lupus erythematosus und 1 Fall von Favus; total 68 Fälle. Bei Ekzem wirkt das Mittel zuweilen zufriedenstellend, aber in der Mehrzahl der Fälle verschlimmert es dasselbe. Am besten scheint es bei Ekzema rubrum zu wirken und wenn die Krankheit ihren Sitz auf den unteren Extremitäten hat." An diesen schematischen Bericht über das Material seiner Untersuchungen knüpft Verf. noch einige Bemerkungen, welche sich gleichfalls durch allzu prägnante Kürze auszeichnen und folgende keineswegs neue Beobachtungen enthalten: Die Salbe sollte höchstens 10 %ig verordnet werden, da sie stärker nur eine Wirkung erzielt und zwar eine ausgesprochene Verschlimmerung der Krankheit. Da nur wenige Ekzemfälle dauernd allein mit diesem Heilmittel gebessert werden, ist solch ein Resultat selten. Die hauptsächlichste Wirkung des Resorcins scheint in der Beseitigung des Hautjuckens zu bestehen. Nach der jetzigen beschränkten Erfahrung scheint es in dieser Hinsicht eine Bereicherung der Ekzemtherapie zu sein.

Hierauf teilt Verf. noch mit, in welcher Weise sich bei den verschiedenen, mit Resorcin behandelten Krankheiten das Verhältnis zwischen den geheilten, gebesserten, unverändert gebliebenen und verschlimmerten Fällen gestaltete.

Diese Inhaltsprobe zeigt jedenfalls, dafs der Verf. keine neuen Indikationen den schon gegebenen hinzugefügt. Wenn er dann doch die letzteren derartig spezialisiert hätte, dafs wir uns ein eingehendes Urteil über seine Resultate bilden könnten! Aber die einfache Angabe, in wie vielen Fällen das betreffende Medikament angewendet, wie viele davon geheilt oder gebessert, eventuell unverändert geblieben oder gar verschlimmert worden sind, wie lange die Kur gedauert und in welcher Form und Stärke das Mittel Verwendung gefunden hat — bringt uns keinen einzigen Schritt vorwärts. Dagegen würde sich der Verf. wirklich verdient gemacht haben, wenn er — was ihm nach dem Vorgange von Unna gewifs nicht schwer gefallen sein würde — auf das Wesen der einzelnen Fälle eingegangen wäre und die Wirkung jener Mittel mit Rücksicht auf die spezielle Beschaffenheit der Fälle geprüft hätte. Auf diesem Wege können wir allein das Ziel erreichen und zur vollen Klarheit über den Wert und die richtige Indikation dieser Medikamente gelangen, aber gewifs nicht durch eine blofse Zusammenstellung von Zahlen, wie im vorliegenden Aufsatze.

Hoffentlich wird uns der Verf. durch eine vorteilhaftere Verwertung seines reichen Materials recht bald Gelegenheit geben, neue und wirklich wertvolle Resultate berichten zu können.

Zum Schlufs möchte Ref. noch erwähnen, dafs er den allerdings ebenfalls sehr fragmentarischen Ausführungen des Verf. über das Lanolin im ganzen vollkommen beistimmt, besonders, insofern er die Schattenseiten dieses Fettes — namentlich den schwankenden Wassergehalt und den unangenehmen Geruch, welch letzterer allerdings bei den besseren Präparaten

erst bei dem Verreiben auf der Haut stärker hervortritt, sowie die weniger günstige, erst durch einen Zusatz von Fett zweckmäfsig werdende Konsistenz — gegenüber der leichteren Resorbierbarkeit von seiten der Haut, als, strenggenommen, einzigem Vorzug vor andern Fetten, unparteiisch hervorhebt. Dasselbe ist nach seinem Erfahrungen vorteilhaft bei mehr chronischen Hautaffektionen, besonders mit Infiltration und Verdickung der Haut, z. B. Ekzem, Psoriasis etc., dagegen steht es bei akuten Entzündungen sowie Sykosis und andern parasitischen Affektionen den sonstigen Salbengrundlagen entschieden nach.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Feulard, *Teigne et Teigneux.* Paris, Steinheil. 1886.

Die parasitären Hautkrankheiten haben seit einer Reihe von Jahren den Inhalt einer grofsen Zahl von Monographien abgegeben, die sich nicht nur mit der Therapie, sondern auch mit der Pathogenie und mit histologischen Forschungen beschäftigten. Indessen fehlte unsrer medizinischen Litteratur bisher ein Sammelwerk über diesen Gegenstand. Dr. Feulard hat uns in einer beachtenswerten Arbeit solches geliefert. Die Arbeit ist mit grofser Genauigkeit und Sorgfalt abgefafst. Manche Punkte sind besonders zur Debatte gestellt. Ich werde besonders dasjenige Kapitel besprechen, welche sich auf die Naturgeschichte der Dermatophyten bezieht und in welchem einige der neuen noch unveröffentlichten Arbeiten des Prof, Duclos erörtert werden. Der wahre Glanzpunkt des Werkes ist derjenige, wo der Autor die Frage der **ansteckenden Hautkrankheiten des Kopfes** zur öffentlichen Hygieine beleuchtet. Lange Jahre sucht man schon Specifica gegen die Krankheit oder wenigstens Mittel, die Propagation abzuschwächen. Die Medizinische Schulaufsichtsbehörde von Paris hat schon im Jahre 1879 der Verbreitung ansteckender Hautkrankheiten des Kopfes Schranken zu ziehen gesucht. Die Kinder nämlich, welche davon befallen wurden (meistens Herpes tonsurans), wurden aus der Schule entfernt. Ferner wurden dem Lehrpersonal Belehrungen über die Prophylaxe der Krankheit erteilt. Dadurch wird natürlich nur in mäfsiger Weise eine Beschränkung der Verbreitung erzielt.

Die wenigsten der betr. Kranken kommen ins Krankenhaus. Im Hospital St. Louis ist Platz für 20 männliche und 20 weibliche Kranke. Von Kindern werden nur solche vom 4. bis zum 15. Lebensjahre aufgenommen. Im Kinderhospital existieren 50 Betten für Knaben und 50 für Mädchen. Im Hospital Trouseau sind 34 Betten für beide Geschlechter. Viele werden in diesen 3 Hospitälern poliklinisch behandelt, teils während der ganzen Dauer der Krankheit, teils bis ein Bett zur Aufnahme vakant wird. Viele bleiben natürlich während der Behandlung fort durch Nachlässigkeit der Eltern oder durch eigne, dies sind die Hauptverbreiter der

Krankheit, und ihre Zahl wird noch vergrößert durch diejenigen, welche schon aufgenommen, aber auf ihren Wunsch entlassen werden mußten, obwohl die Eltern von der Hospitalsverwaltung schriftlich auf die Gefahr dieses Schrittes aufmerksam gemacht waren.

Um dem doppelten Übelstand entgegen zu treten, welcher darin liegt, daß den Kindern die elterliche Fürsorge fehlt und sie gleichseitig verhindert sind, am Unterricht teil zu nehmen, ist in der letzten Zeit die Einrichtung getroffen, daß ihnen neben der Pflege der Haut der nötige Unterricht zu teil wird. In den Nebengebäuden des Hospitals St. Louis ist eine Schule errichtet welche einem Halbpensionat gleicht. Die Eltern bringen morgens, bevor sie zur Arbeit gehen, die Kinder dorthin und holen sie am Abend wieder ab. Bei schlechtem Wetter spielen die Kinder in großen Hallen. Die ärztliche Leitung der Schule liegt in den Händen des Stationsarztes für Hautkrankheiten (zur Zeit Dr. Laillier). Unter diesen Umständen ist man berechtigt, einen Erfolg der neuen Einrichtung zu erwarten. Die Beobachtung dieser Vorsichtsmaßregeln und die Verbreitung der Vorschriften für die Prophylaxe wird in den übervölkerten Vorstädten gute Resultate ergeben.

Das Gesetz über den obligatorischen Schulunterricht wird ein großes Heilmittel für diese Volkskrankheiten bilden, indem es aus der Schule ein Sanatorium macht.

Die Hauptstatistik der vom Militärdienst Zurückgestellten, die jedes Jahr veröffentlicht wird, zeigt, daß gewisse Teile des französischen Gebiets ein kolossales Kontingent zu den Hautkrankheiten des Kopfes stellt. Dr. Feulard berichtet, daß, als er auf seinen Reisen vor 2 Jahren die Klinik des Prof. Kaposi in Wien besuchte, dieser ihm einen Kranken vorstellte, der an Favus litt. Kaposi bezeichnete damals die Krankheit als sehr selten in Österreich, Feulard dagegen erzählte von der Häufigkeit des Vorkommens von Favus im Hospital St. Louis. So weit verbreitet sind parasitäre Hautkrankheiten in Frankreich. Überhaupt gibt es bis jetzt kein Land, in dem Favus so häufig ist wie hier; allerdings nimmt jetzt die Frequenz etwas ab. Um sich davon Rechenschaft zu geben, genügt die Arbeit von Bergeron über die Statistik und Geographie der parasitären Kopfkrankheiten, welche 1861 erschienen ist, und diese Zahlen zu vergleichen mit den Ergebnissen, welche sich damals durch die Ausweise der Rekrutierungs- und Revisionsbehörden ergaben. Man konstatiert eine bedeutende Verminderung von mehr als 50 %, wenn man die Zahl der Männer in Betracht zieht, welche wegen Herpes tonsurans ausgemustert wurden. Die Zahl derselben ist von 800 auf 300 pro Jahr gesunken. Man darf dennoch, wie Dr. Feulard sich ausdrückt, „die Hoffnung hegen, daß diese Tendenz zur Abnahme bleiben wird und in absehbarer Zeit die Zahl Null erreicht ist.“ Er empfiehlt allerdings zu diesem Zwecke eine Anzahl sehr wichtiger prophylaktischer Maßnahmen, sowohl privater wie behördlicher, nämlich die Beaufsichtigung der Kranken auf dem Lande und mög-

lichste Zentralisation derselben. Ferner wäre nötig, dafs man Herpes tonsurans nicht mehr als Grund zur Zurückstellung vom Militär betrachte, ebensowenig wie Favus. Diese Behandlung würde sicher im Interesse der öffentlichen Hygieine sein, indem sie die Gefahr der Ansteckung von seiten der glücklicherweise seltenen Individuen verhinderte, welche, um der Aushebung zu entgehen, es vorziehen, ihre Krankheit hinzuziehen.

Die historische Seite der Arbeit von Dr. Feulard ist voll interessanter Quellenstudien, in deren Detail wir hier nicht eingehen können. Die Lehren eines Alibert, Bateman, Biett, das Buch des jungen Mahon sind Gegenstände genauer Untersuchung. Die Periode mikroskopischer Entdeckungen (Gruby, Schönlein, Robin, 1839—1852) wird in einem besonderen Kapitel behandelt; ein andres Kapitel beschäftigt sich mit Bazin und der Umwälzung, welche er in diesem Teil der Dermatologie trotz des Widerstreits von Cazenave hervorbrachte, welch letzterer nur eine Krankheit anerkannte, nämlich den Favus, und die Einteilung der parasitären Dermatosen in 3 Gruppen nicht acceptieren wollte, die doch seit 1859 von allen Dermatologen angenommen wurde. Gegenwärtig ist die ganze Welt in Übereinstimmung über die Natur des Favus und des Trichophyton. — Über den Haarausfall bestehen in Frankreich noch Meinungsverschiedenheiten; nach der Lehre Bazins betrachtete man als Ursache davon immer Parasiten; in andern Ländern hat man geradezu die Gegenwart von Pilzen geleugnet, besonders in Wien, dort nimmt man als gewöhnlichste Ursache trophische Störungen an. In Wirklichkeit ist Bazin selbst doch etwas andrer Ansicht über den Haarausfall gewesen, ohne dafs er aber die Idee des Parasitismus ganz von sich wies, die ganz untrennbar war von seiner Dreiteilung der parasitären Kopfkrankheiten. Nachdem er 1853 eine „teigne achromateuse“ und „teigne décalvante“ aufgestellt hatte, von denen jede durch einen besonderen Pilz verursacht sein sollte, vereinigte er sie 1858 zu einer einzigen Gruppe: „la pelade“; später, im Jahre 1873, betrachtet er als wirkliche pelade nur die ohne entzündliche Erscheinung einhergehende. Er nahm jedoch an, dafs beide Prozesse verwandt seien und dafs der eine aus dem andren hervorgegangen sei. Von Malassez wurden bei Alopecia areata sowohl an der Oberfläche der Epidermis als zwischen den Zellen derselben, sowie auch an der Oberfläche der Haare, aber nie in den Haaren selbst Pilze nachgewiesen, die sehr klein und spärlich waren. Obgleich nun gar keine Ähnlichkeit zwischen diesen Pilzen und den von Bazin beschriebenen bestand, so hatte man doch einen Pilz und glaubte in ihm den Krankheitserreger gefunden zu haben. Der Stockholmer Nystrom war es, welcher den Malassezschen Pilz für einen harmlosen erklärte und dessen Vorkommen auf normaler Haut nachwies. Jedoch genügt dieser Befund nicht, um darauf auf ihre Harmlosigkeit zu schliefsen. Man könnte sich z. B. vorstellen, die Pilze erregten durch ihr massenhaftes Vorkommen eine starke Pityriasis. Ich habe fast konstant bei Kranken, welche an Haarausfall litten, eine aufserordentliche Anhäufung

dieser Pilze gesehen, und überdies habe ich bei denjenigen von ihnen, welche von einem Recidiv befallen waren, eine sehr ausgesprochene Pityriasis capitis gefunden.

Einige Autoren haben in den Haarbälgen und um die Wurzel der Haare Sporen gefunden, welche denjenigen MALASSEZ' sehr ähneln. Diese Thatsache würde somit die Alopecie durch Kompression des Haares erklären. Gegenwärtig hat man im Hospital St. Louis die Ansicht gewonnen, dafs man mehrere „pelades" annehmen mufs, von denen einige durch Nerveneinflufs, andre durch Parasiten verursacht werden, deren Anwesenheit mit Sicherheit aus Fällen, die durch Ansteckung entstanden sind, zu schliefsen ist. Ich selbst habe 2 Fälle von Ansteckung erlebt. Dr. FEULARD hat durch Reinkulturen die Spezifizität des Favuspilzes und des Trichophyton tonsurans nachgewiesen; die Erfahrungen der Kliniker wurden dadurch nur bestätigt. Impfungen an Tieren ergaben positive, eindeutige Resultate. Mäuse, Ratten, Katzen, Hunde sind leicht empfänglich; Ochsen und Pferde werden selten von Favus, sehr leicht dagegen von Herpes tonsurans befallen. Das erklärt die Häufigkeit von Herpes circinnatus bei den Viehmägden, bei den Kuhhirten und den Stallknechten. MÉGNIN sah die Krankheit bei Papageien. Von Behandlungsmethoden werden die Pechkappe, Epilation mit Pechstreifen, das Verfahren der Gebr. MAHON, die Epilation mit der Pinzette durchstudiert. Zur letzteren Methode ist man immer wieder zurückgekehrt. Aufserdem werden reizende Mittel angewandt, Vesikatore, leichte Caustica. BESNIER ist teilweise zur Epilation zurückgekehrt. Er läfst die Zone der Haare, welche doch nächstens ausgehen, mit der Pinzette entfernen.

Paris. HENRI FOURNIER.

(Übersetzt von Dr. APPEL, Altona.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Über die Ätiologie der Alopecia areata, von Dr. MAX BENDER. (*Dtsche. Med. Wochenschr.* 1886. No. 46.) Auf DOUTRELEPONTS Klinik hat Verf. 6 Fälle von Alopecia areata beobachtet, deren Krankengeschichten, soweit dieselben für diesen Gegenstand Interesse haben, er zuerst erwähnt. I. Fall. Bei einer 19jähr. Patientin, welche im 16. Lebensjahre zum erstenmal menstruiert war, cessierten vor 2 Jahren die Menses 4 Monate lang ohne nachweisbare Ursache. Unmittelbar nach dem Wiedererscheinen derselben begann ihr jetziges Leiden. Damals zeigte sich ungefähr auf der Mitte des Kopfes in dem sonst üppigen blonden Haare eine ungefähr Fünfpfennigstück grofse, runde, kahle Stelle, die, sich langsam vergröfsernd, nach wenigen Wochen bereits den Umfang eines Markstückes erreicht hatte. Beim

Kämmen und leichten Zug fielen die der kahlen Stelle zunächst sitzenden Haare sehr leicht und reichlich aus. 2 Monate nach dem Auftreten des ersten Flecks zeigten sich gleichzeitig auf der Hinterhauptschuppe und in der Temporofrontalgegend beiderseits in symmetrischer Anordnung etwa 10 Pfennigstück grofse haarlose Flächen. Allmählich vergröfserten sich die Tonsuren, so dafs nach Verlauf eines halben Jahres der Schädel bereits vollständig kahl war. Später wurden auch die Augenbrauen und Wimpern in den Bereich der Erkrankung gezogen, dann die Haare der Achselhöhle und des Mons Veneris. Keine Heredität nachweisbar. An keiner der von den Haaren entblöfsten Stellen zeigen sich Schuppen oder Borken oder Schorfbildnng. Bereits nach 14tägiger Behandlung — bestehend aus 2 mal täglicher Einreibung mit Veratrinsalbe (1 : 15) und gründlicher Abseifung mit Spir. sapon kalin. Hebrae — konnte das Hervorsprossen kleiner weifser Lanugohärchen konstatiert werden. — II. Fall. Bei einer 23jähr. Patientin welche die Ursache ihres Leidens in den Tragen schwerer Körbe auf dem Kopfe suchte, trat bereits vor 10 Jahren eine Alopecia areata ein, welche jedoch ohne besonderes therapeutisches Eingreifen wieder heilte. Bei dem ersten Recidiv, das vor 9 Jahren aufgetreten war, sollen zwei symmetrische Tonsuren gleichzeitig zu beiden Seiten der Stirn entstanden sein. Bald jedoch fielen auch die Haare am Hinterkopfe aus, so dafs es schliefslich wieder zu Alopecia totalis capillitii, wenn auch nicht persistens kam, denn wieder wuchsen die braunen pigmentierten Haare nach. Zum dritten mal trat der Prozefs im März d. J. auf, doch zeigten sich nach 3wöchentlicher Behandlung mit denselben Substanzen, wie im Fall I., 3—5 cm lange Wollhärchen. — III. Fall. Bei einem 19jähr. Kommis, bei dem die Anamnese nichts von Belang ergab, und bei dem dieselben Erscheinungen, wie in den andern Fällen konstatiert werden konnten, hatte die Therapie einen noch viel eklatanteren Erfolg, indem nämlich nach sechswöchentlicher Behandlung die Haare ebenso stark und ebenso gefärbt, dunkelschwarz, wie am übrigen Kopfe wieder vorhanden waren. — IV. Fall. Patient, 21 Jahr alt, soll bereits im 10. Lebensjahre die ersten Erscheinungen der Krankheit gezeigt haben. Fall V. betraf einen Lehrer, der kurz vor Beginn seines Leidens aufsergewöhnlich geistig angestrengt war. Von Fall VI. konnte weder anamnestisch noch aus dem Stat. praes. irgend etwas von Belang eruiert werden. — Die mikroskopische Untersuchung ergab nun, nachdem vor der Färbung die Haare gründlich nach Bizzozeros Vorschrift entfettet und danach die v. Sehlensche kombinierte Färbetechnik angewandt war, nur bei den von Mons veneris der ersten Patientin entnommenen Objekten ein negatives Resultat; in allen übrigen Präparaten jedoch fanden sich die v. Sehlenschen Kokken, wenn auch in den einzelnen Fällen in verschieden grofser Anzahl. Dieselben Kokken hat jedoch Verf. in seinen eignen völlig normalen Haaren gefunden und ebenso in den Haaren eines starken, durchaus gesunden Schnurrbarts eines Herrn. Bei den Kulturversuchen, wobei je 2 Gläser mit Areamaterial und gesunden Haaren von demselben Individuum beschickt

wurden, das 5. mit den eignen Haaren des Verf. und das 6. mit den Barthaaren des oben erwähnten Herrn, hatten sich schon nach 36 Stunden überall die weifsen Kolonien entwickelt und nach weiteren 24 Stunden die orangegelben Flecke v. Sehlens. Übertragungsversuche auf Tiere ergaben ein vollständig negatives Resultat. Auch Verf. meint, dafs wir von der infektiösen Seite bei der Frage nach der Ätiologie der Alopecia areata immer mehr abkommen und uns Josephs Ansicht, dafs dieselbe trophoneurotischer Natur sei, zuneigen werden.

Demonstration eines Präparates von sog. Ichthyosis congenita. In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 10. Nov. demonstrierte Dr. Lassar ein Kind, das 3 Tage gelebt hat und von einer gesunden Frau, welche bereits 7 mal schwanger war, 6 Normalgeburten und einen spontanen Abort erlitten hatte, geboren wurde. Dasselbe war in bezug auf seine sämtlichen Organe aufserordentlich wohl entwickelt und starb an einer weit verbreiteten Broncho-Pneumonie. Die Haut des Kindes aber scheint zu eng geworden zu sein, sie ist an den verschiedensten Körperstellen geborsten und zwar vornehmlich in allen Beugeseiten und Knickungsfalten oder wo sonst Spannungssteigerungen vorauszusetzen sind. Später aber sind die grofsen Risse der Haut zum gröfseren Teil wieder dürftig überhäutet. Die Ohrmuscheln sind, wie bei sämtlichen Fällen, kaum als das zu erkennen, was sie bedeuten sollen, sondern stellen unförmliche Wulste dar; die Augen sehen aus, wie rote Höhlen, weil die Lider vollständig ektropioniert zu sein pflegen; der Mund ist mit Warzen aller Formen bedeckt. Die intakte Haut — und deshalb hat man vielleicht gemeint, sie ichthyotisch nennen zu sollen — ist um das vielfache dicker als gewöhnlich, und speziell die Epidermis sehr viel stärker, als das bei normaler Haut, nicht allein von Neugeborenen, sondern von Erwachsenen, jemals zu sein pflegt. Das ist aber nicht das einzige, was dieses Leiden mit Ichthyosis vergleichbar macht. Dafs Ichthyosis auch einmal in sehr hochgradigen Fällen zu Rissen und Rhagaden Veranlassung geben kann, hat sie mit sehr vielen Hautleiden gemein, nicht aber kommt ihr diese glatte, lederförmige, panzerartige Verdickung der Haut zu, welche hier das Wesentliche der ganzen Veränderung ausmacht. Man kann den ganzen Hergang nur so auffassen, als wenn hier eine Art Riesenwuchs der hornbildenden Substanz vor sich gegangen wäre. Diese wird hiernach von dem nachkommenden Allgemeinwachstum des Körpers derart überholt, dafs nun die riesenhaft verdickte Haut nicht mehr im stande ist, sich in dem erforderlichen Elastizitätskoëffizienten auseinander zu dehnen und zu weiten, damit der wachsende Foetus in ihr Platz hat. Die mächtigen Hornschichten sind nachher nicht mehr fähig, eine zusammenhängende, nachgiebige Decke zu bilden. Sie platzen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs das Stratum corneum der Haut sich enorm verdickt hat, dafs sich gigantische Zapfen in das Rete hineinschieben und die Papillen zurück- und in eine Art von stabiler Stauung hineingedrängt sind. Es ist dadurch schliefslich

ein Bild zu stande gekommen, das weniger der menschlichen, als vielleicht vergleichsweise der Schweinehaut ähnlich sieht. Man hat auch aus dem mikroskopischen Anblick Vergleiche herangezogen und eine solche Haut auch wohl als Cutis testacea bezeichnet; in der That erinnert sie unwillkürlich an die gebogenen Hornschilder der Schildkröte. Es ist ferner anatomisch die Rückbildung noch erwähnenswert; denn die ursprünglich gerissenen Partien, welche als Furchen angedeutet sind, stellen nicht blutende Wunden dar, sondern sind wieder überhärtet, wie eine schlecht verheilte, nur mit einem Epithelsaum überzogene Wunde. Die sämtlichen Cutisgefäfse aber sind in einer so aufserordentlich strotzenden Weise gefüllt, wie wir es beim Erwachsenen durch künstliche Injektion nicht zu erzielen vermögen. Somit erscheinen alle Ernährungsverhältnisse der Haut in eine abnorme Verschiebung geraten. Dementsprechend sind die auch sonst bei embryonaler Haut vorfindlichen epithelialen Zwiebelformen, wie man sie charakteristisch beim Kankroid sieht, ganz aufserordentlich entwickelt. Namentlich sind in dem eigentlichen Stratum corneum, in dessen oberflächlichster Schicht eine ganze Reihe von drüsengangartig angeordneten Zwiebelkonvoluten vorhanden, die in ihrer Aufrollung andeuten, als wenn die Haut das normale Ausdehnungsvermögen, wie es ihr zukommen sollte, nicht erreicht hätte.

Zur Frage der Hautresorption. Eine Reihe von Versuchen brachten Dr. Adolf Ritter (*Berl. kl. Wochenschr.* 1886. No. 47) zu dem von andern bereits früher ausgesprochenen Resultate, dafs die normale menschliche Oberhaut Salben und Flüssigkeiten, speziell auch fein zerstäubte Flüssigkeiten, nicht resorbiere, dafs dagegen alle Stoffe, welche die Haut reizen und bei längerer Einwirkung die Kontinuität derselben zu trennen vermögen, schliefslich von der veränderten Haut aus resorbiert würden. Nachdem nun Liebreich vor längerer Zeit in dem Lanolin ein Salbenkonstituens gefunden zu haben glaubte, welches die Resorption durch die Haut befördern sollte, wiederholte R. erst seine früheren Versuche mit Salben aus Jodkalium, salicylsaurem Natron und Salicylsäure mit Schweinefett und zwar in der Weise, dafs unter Rücksichtnahme auf vollkommenste Intaktheit der Epidermis 10—15 g dieser Salben auf Arm oder Bein fest eingerieben und hierauf 24 Stunden lang unter einem festsitzenden Verband auf der Haut belassen wurden. Jodkalium, welches auf diese Weise in 5 Versuchen auf die Haut appliziert wurde, wurde 4 mal vergeblich im Harn aufgesucht, während im 5. Falle der Nachweis gelang, aber erst nachdem eine 10% Salbe durch 4 Tage hindurch auf dieselbe Hautstelle angewandt worden war. Salicylsaures Natron wurde 7 mal in 10% Salbe in die Haut eingerieben mit dem Resultate, dafs dasselbe in keinem einzigen Falle in dem nachher gelassenen Harn nachgewiesen werden konnte. Bei Salicylsäure trat bei 5maliger Applikation in 10% Salbe jedesmal schon im nicht eingedampften Harn die charakteristische

Eisenchloridreaktion sehr deutlich auf. Die Salicylsäure versetzt aber die Haut in Entzündung und bildet bei stärkerer Konzentration sogar Blasen, eine Eigenschaft, die schon von UNNA nachgewiesen ist. Alsdann schritt R. zur Prüfung der Resorptionsverhältnisse unter Gebrauch von Lanolinsalben und fand dabei folgende Resultate: Jodkalium wurde in 8 Versuchen angewendet und zwar je 4 mal in 5% und 10% Salbe. Die 24stündige eingedampfte und geglühte Urinmenge auf Jod untersucht ergab in allen Fällen negatives Resultat. Ebenso fielen 7 Versuche selbst mit 10% Salbe von salicylsaurem Natron negativ aus. Die Applikation der Salicylsäure in Lanolinsalben lieferte ein Ergebnis, wie es nach den Versuchen mit gewöhnlichen Fettsalben von vornherein zu erwarten war. In 5 Versuchen trat 4 mal schon nach 3 Stunden, einmal erst nach 10 Stunden die Salicylsäurereaktion im Harn auf. Unter diesen Umständen mufs, wenn die aus den beiden Versuchsreihen hervorgehenden Resultate einander gegenübergestellt werden, der die Resorption befördernden Einflufs, welchen LIEBREICH dem Lanolin zuschreibt, verneint werden. LIEBREICH wandte Lanolinsalben mit Sublimat und Karbolsäure an; diese beiden Substanzen werden aber in jeder Salbengrundlage resorbiert, weil sie sich ebenso wie die Salicylsäure durch Erzeugung von Kontinuitätstrennungen die Pforten in das Innere des Körpers selbst öffnen. R. sagt deshalb: „Wir können demnach, wenn wir auch keineswegs die Vorzüge des Lanolins als Salbenkonstituens in Abrede stellen wollen, nach dem Ergebnis dieser unsrer Versuche nicht zugeben, dafs dasselbe im Gegensatz zu andern Salbenkonstituentien die Eigenschaft habe, den in den betreffenden Salben enthaltenen chemischen Stoffen die Resorption durch die Haut zu ermöglichen."

Harnröhrenendoskop mit einer Modifikation. In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 20. Oktober 1886 zeigte Dr. GEORGE MEYER das Harnröhrenendoskop nach Dr. SMITH, an welchem er eine Modifikation angebracht hat, um es noch andern Zwecken dienstbar zu machen, als für welche es konstruiert zu sein scheint. Das Instrument besteht aus 4 Drähten, welche an ihrem vorderen Ende an einem ausgehöhlten Metallknopf befestigt sind. Die Länge des ganzen Instrumentes beträgt 7 cm, so dafs es also ausschliefslich für den Gebrauch und die Untersuchung der vorderen Harnröhre bestimmt ist. Die Drähte sind so gebogen, dafs 1 cm von der Spitze entfernt das Lumen des Instrumentes sich in einer Länge von 1,5 cm verjüngt, um dann durch Biegung der Drähte nach aufsen sich wieder etwas zu erweitern. Nach dem Ende zu sind sie flach gehämmert, die beiden unteren sind gekreuzt und gehen zu den oberen, an denen sie durch Stifte beweglich befestigt sind. Diese Haltevorrichtung steht senkrecht gegen den röhrenförmigen Teil des Instrumentes; eine nach ihrer Mitte gehende Schraube gestattet es, die Drähte voneinander zu entfernen und das Lumen so vorn am Orficium urethrae von 1 mm auf 7 mm zu erweitern. Dazu gehört noch ein Reflektor, an welchem hinten nach Art der Augenspiegel in einer

federnden Klemme eine Linse zur Vergrößerung des Gesichtsfeldes angebracht werden kann. Ebenso gut kann man sich auch eines an einer Stirnbinde befestigten Spiegels bedienen. Geschlossen hat das Instrument an der Spitze die Weite No. 18 der Charrière'schen Filière. Die Modifikation, die nun M. anbringen ließ, besteht darin, daß die vordere Hülse vorn offen gelassen wird, also einen Ring darstellt. Ferner ließ M. einen Obturator einsetzen, um mit dem Ringe bei der Einführung in die Urethra nichts zu verletzen, und dessen Knopf genau wie die Hülse des ursprünglichen Instrumentes abgerundet gestalten. Das Instrument wird geöffnet, der Obturator eingesetzt, dann wieder geschlossen und, gut mit Karbolöl bestrichen, mit der Schraube nach unten gehalten, unter sanftem Druck in die Harnröhre eingeschoben. Man kann nun, wenn man langsam die Schraube dreht, entweder mit direkt einfallendem oder besser reflektiertem Tageslicht die Schleimhaut der vorderen Harnröhre in ganzer Ausdehnung, ohne das Instrument hin und her zu bewegen, besichtigen. Das ist der Hauptvorzug des Apparates vor den andern Endoskopen. Weitere Drehungen der Schraube, um mehr Licht in die auseinandergespannte Urethra zu werfen, sind vorsichtig zu machen, damit nichts verletzt wird. Man muß ferner den Apparat geöffnet aus der Harnröhre hervorziehen und dann erst zudrehen, wenn man ihn entfernen will, da sonst an den Umbiegungsstellen die sich wieder nähernden Drähte ein Stück der Harnröhrenschleimhaut mitfassen und zerren können. Mit diesem Instrument kann man dann lokale Ätzungen der erkrankten Schleimhaut vornehmen. Setzt man den Obturator ein, so kann man leicht Flüssigkeiten auf die Schleimheit einwirken lassen, indem dieselben in dem dann unten geschlossenen Trichter stehen bleiben. Hat das Medikament seine Wirkung gethan, so kann man es vollständig durch Herausziehen des Apparates entfernen. Ebenso kann man in der vorderen Harnröhre befindliche Exkrescenzen etc. leicht mittels des Apparates sich zu Gesicht bringen und exstirpieren.

Die Bedeutung der Schwitzbäder bei der merkuriellen Behandlung der Syphilis soll nach Dr. A. Frey in Baden-Baden (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1886. No. 48) eine dreifache sein: 1. Beleben sie in ganz energischer Weise den Stoffwechsel, 2. sichern sie in zweifelhaften Fällen die Diagnose, 3. entfernen sie aus dem Körper wieder schnell das Quecksilber. Der alte Brauch, Syphilitische während der Quecksilberkur kurz in der Nahrung zu halten, ist glücklich überwunden. Soll der Körper unter dem Einfluß des Merkurs die krankhaften Säfte ausscheiden und durch frische ersetzen, so braucht er vor allem Nahrung, reichliche Nahrung. Leider geht nun aber während der Quecksilberkur oft früh schon der Appetit verloren, und man steht oft vor dem Dilemma, entweder die Kur zu unterbrechen oder den Kranken herunterkommen zu lassen. Über diese Schwierigkeiten helfen die Schwitzbäder vorzüglich hinweg. Der den Stoffwechsel belebende, Appetit anregende Einfluß derselben neutralisiert die ungünstige Wirkung,

die das Quecksilber auf die Verdauungsorgane ausübt, und die Patienten erfreuen sich während der ganzen kombinierten Kur des vorzüglichsten Appetits und nehmen meist an Körpergewicht etwas zu. Der diagnotische Wert der Schwitzbäder äufsert sich nach 2 Richtungen: 1. in der Frage, ob ein bereits merkuriell behandelter Syphilitischer vollständig geheilt, oder ob die Krankheit nur latent geworden ist, und 2. helfen sie in den oft verquickten Mischformen von Lues und Merkurialismus die Frage entscheiden, welcher von den 2 genannten Affektionen der Löwenanteil der vorhandenen Symptome zuzusprechen sei. Es gehört nicht zu den Seltenheiten, dafs bei Leuten, die vor längerer oder kürzerer Zeit wegen Lues eine Quecksilberkur durchgemacht haben, durch Schwitzbäder eine Eruption auftritt, wie sie dem späteren Stadium der Syphilis entsprechen. Wenn circa 20 hintereinander genommene Schwitzbäder nicht im stande sind, irgend welche Eruption zu bewerkstelligen, so kann man mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit die Krankheit als vollkommen geheilt betrachten. Ebenso wichtig sind die Dienste, die die Schwitzbäder in der Entscheidung der Frage leisten, ob in einem vorliegenden Falle die Erscheinungen auf Lues oder Merkurialismus zurückzuführen sind. In der Mehrzahl der Fälle wird die Anamnese und die Inspektion die Frage entscheiden. Doch in vielen Fällen sieht man nämlich die Symptome zusehends unter dem Gebrauche von etwa 15—20 Schwitzbädern schwinden; dann unterliegt es keinem Zweifel, dafs sie merkurieller Natur waren. Verharren sie dagegen hartnäckig oder treten sie gar noch mehr in den Vordergrund, so ist mit gröfster Sicherheit ihre luetische Natur anzunehmen. Die weitaus wichtigste Rollen spielen jedoch die Schwitzbäder in der Ausscheidung des Quecksilbers. Ein Teil des einverleibten Quecksilbers wird allerdings ziemlich bald mit den verschiedenen Sekreten ausgeschieden, während der andre Teil mit den Albuminaten des Körpers feste Verbindungen einzugehen scheint und bei Sektionen selbst 13 Jahre nach einer Kur in den verschiedenen Organen sich noch nachweisen liefs. Die Schwitzbäder, welche den Zerfall der Albuminate beschleunigen, müssen nun unbedingt das Band zwischen ihnen und dem Quecksilber lockern und so die Ausscheidung des letzteren befördern. F. bringt dann ein Beispiel, wo bei einem Patienten, der vor etwa 2 Jahren eine intensive Schmierkur durchgemacht hatte, und bei dem im Urin kein Quecksilber nachweisbar war, nach ca. 10 Schwitzbädern Merkur sich nachweisen liefs, der dann nach ca. 25 Bädern vollständig schwand. Die Methode, die F. bei der kombinierten Kur verfolgt, hängt gröfstenteils von dem Kräftezustand, dem Alter und der Resistenz der Kranken ab, gipfelt aber darin, mindestens nach der 4. Einreibung ein Schwitzbad nehmen zu lassen. Die Kur beginnt mit dem Schwitzbade, dann kommt die erste Einreibung und zwar auf Brust und Rücken; am 2. Tage ein indifferent warmes Vollbad mit Seife, 20 Minuten lang, dann die 2. Einreibung an den Extremitäten; darauf in wollene Decken gehüllt ausruhen oder nachschwitzen. Der 3. und 4. Tag sind ähnlich. Oft verlangt es der Kräftezustand, am 5. Tage

eine Pause eintreten zu lassen und erst am 6. wieder mit dem Schwitzbade zu beginnen. Bei kräftigen, jungen Individuen möge am 3. Tage statt des Wannenbades ein Schwitzbad am Platze sein. Von allen Quecksilberpräparaten gibt F. der grauen Salbe den Vorzug, die in Portionen von 4—6 g pro die verrieben wird, und zwar abwechselnd einen Tag am Rumpf, den andern an den Extremitäten. Die Prozedur der Schwitzbäder mit Kneten und Seifen macht offenbar die Haut für die Aufnahme der Salbe mehr geeignet. Aufserdem wendet F. den Sublimat mit Kochsalz in subkutanen Injektionen in die Masse der Glutaei an. Bei visceraler Syphilis, in specie des Gehirns und Rückenmarks, wird man mit den Schwitzbädern vorsichtiger sein müssen, aber auch hier haben die letzten Erfahrungen gezeigt, dafs sie ihren günstigen Einfluſs bei der merkuriellen Behandlung aufs glänzendste bewiesen. Auch die Augenkrankheiten, wie Iritis und Chorioiditis syphilitica, wurden, mit Schmierkur und Schwitzbädern energisch behandelt, schnell und gründlich geheilt.

Über im Pharynx lokalisierte Hydrargyrose, von Prof. Sommerbrodt. (*Berl. kl. Wochenschrift.* 1886. No. 47.) Die Schwierigkeit, bei einer Reihe von Kranken alle pathologischen Veränderungen im Gebiete der Mund- und Schlundschleimhaut scharf auseinander zu halten, welche der Frühsyphilis oder der medikamentösen Einverleibung des Quecksilbers zuzuschreiben sind, dürfte bekannt sein, und Schuhmacher hat auf diese Veränderungen besonders aufmerksam gemacht, indem er beobachtete, dafs die lokalisierte Pharynx-Hydrargyrose in der Mehrzahl der Fälle der merkuriellen Stomatitis vorausgeht. Verf. hat nun einen Fall beobachtet, der die Schuhmachersche Ansicht bestätigt, und zwar handelte es sich in dem beobachteten Falle ausschliefslich um die Wirkungen des durch die Haut resp. die Respirationsorgane aufgenommenen Quecksilbers bei einem sonst vollkommen gesunden Menschen, so dafs eine Verwechselung mit Syphilis nicht möglich war. Im Mai 1879 klagte der Bademeister und Abreiber H. über seit 8 Tagen bestehende Schmerzen im Halse beim Schlucken. Die Mundschleimhaut zeigte keinerlei Veränderung, insbesondere keine Schwellung des Zahnfleisches, ebenso bestimmt fehlte jeder Fötor und vermehrte Speichelabsonderung; ebenso wenig zeigte der mittlere Pharynx, die Tonsillen, die Gaumenbögen krankhaftes Aussehen. Erst bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigte sich das Frenulum epiglottidis, sowie der rechte Rand der Epiglottis und der angrenzende Teil der Plica glossoepiglottica dextra stark geschwollen und gerötet, und auf diesen Stellen waren kleine rundliche und ovale, flache, weifse, scharf umschriebene Auflagerungen in geringer Zahl. Die übrige Schleimhaut der von der Epiglottis seitlich zum Pharynx ziehenden Falten beiderseits glänzend und röter als normal, aber ohne Auflagerungen. Im tiefsten Abschnitt der hinteren Pharynxwand fanden sich dagegen in grofser Zahl dieselben weifsen, scharf gegen die untenliegende gerötete Schleimhaut abgesetzten — allenfalls den Aphthen der Wangenschleimhaut ähnlichen —

rundlichen und ovalen, ¼—½ cm grofsen Auflagerungen. Im Larynxinnern keine Veränderungen, die Fossae laryngopharyngeae zeigten abnorme Rötung. Der übrige Organismus bot gar keinen Anhaltepunkt für die Deutung des Befindens im Pharynx. Die Anamnese ergab, dafs der Patient damals seit 14 Tagen täglich an 5 Herren Einreibungen mit Ung. Hydr. cin. machte. Bei Unterlassung der Einreibungen und dem internen Gebrauch von Kalium chloricum gingen die Verwundungen am Zungengrunde, an der Epiglottis und am tiefen Pharynx bald zurück und verschwanden nach 8 Tagen. Die meisten Auflagerungen wurden graugelb, verkleinerten sich, und die Schleimheit kehrte zur Norm zurück. Die im Pharynx auftretenden Veränderungen sind beim Quecksilbergebrauch diagnostisch von Bedeutung. Sie sind von gleichem Wert wie die Zeichen der Stomatitis mercurialis und unter Umständen eher vorhanden als diese, erscheinen dann also thatsächlich als frühestes Symptom des Merkurialismus.

Berlin. L. Hoffmann.

Österreich.

Über das indurative Ödem, von Dr. Finger. (*Allg. med. Ztg.* 1886. 5. Okt.) Unter Oedema indurativum versteht Sigmund eine von den deutschen Autoren wenig berücksichtigte luetische Erkrankung, welche sich charakterisiert durch eine relativ rasch verlaufende, schmerz- und fieberlos entstehende Verdickung der Haut von Mons veneris, Scrotum, Penis und Präputium. Diese Verdickung ist von einer eigentümlichen spezifischen Derbheit, bretthart und elastisch, verschieden von jener des Ödems — behält den Fingerdruck nicht —, ähnelt am meisten der Härte des Skleroms. Die Haut nimmt dabei einen Stich ins gelbe an, wird schliefslich rotbraun. — Das Oedema indur. tritt entweder selbständig als Initialaffekt auf (bisher nur bei Weibern beobachtet) oder — und zwar häufiger — als Komplikation primärer und sekundärer Syphilisaffekte, wie von Sklerosen der grofsen und kleinen Lippen, der Haut von Penis und Scrotum. Auch kann es sich zu zerfallenden, konfluierenden, luxurierenden Papeln hinzugesellen. Sich selbst überlassen gelangt es zur Resorption, nicht ohne Verdickung der befallenen Partien zurück zu lassen.

Finger berichtet nun über einen letal endigenden Fall, den er bei Neumann beobachtet und den er im Institut Weichselles anatomisch untersucht hat. Der Fall betrifft einen 23jährigen Bauernburschen, der an Oedema indur. der Haut der Penis und Scrotum mit papulösem Exanthem gelitten hatte und an Erysipel des Gesichts und Pneumonie zu Grunde gegangen war. Die Untersuchung von Hautschnitten aus dem Penoskrotalepithel ergab Verdünnung der Epidermis, Pigmentmangel, Papillen vergröfsert, Gefäfse derselben erweitert, mit Blut oder Fibringerinnseln erfüllt. Gewebe der Papillen im oberen Anteile von serösem Exsudat auseinander gedrängt,

im unteren kleinzellig infiltriert. Muskelbündel in der Tunica dartos unverändert, Arterien zeigen Infiltrat der Adventitia. In den unteren Schichten der Tunica dartos und oberen des subkutanen Gewebes findet sich die von NEISSER als für den syphilitischen Tertialaffekt charakteristisch erkannte Hyperplasie der feinen Bindegewebszellen. Die an den Präparaten auffällige Verquickung von chronischen und akuten Veränderungen erklärt sich aus den durch die Lues gesetzten Veränderungen einerseits, anderseits, durch das Vorhandensein zahlreicher in Kettenform vorkommender Streptokokkenformen in vielen Gefäfsen. Das Ödema indur. ist daher als der Ausdruck einer Mischinfektion aufzufassen.

Syphilis und Krebs, von Prof. E. LANG (Innsbruck). (*Wr. med. Blätter.* 1886. No. 41. 42.) LANG ist im Laufe der Zeit zur Überzeugung gelangt, dafs Krebs auch auf dem Boden von Syphilisprodukten entstehen könne, dafs ein Geschwür, welches ursprünglich rein syphilitischen Charakter hatte, später mitunter karcinomatös werden könne — besonders sei die Zunge in dieser Richtung zu fürchten. — Schon HUTCHINSON, v. LANGENBECK und BOWERMANN GESETT haben lang dauernde, aus Syphilis hervorgehende Infiltrate in Karcinom übergehen sehen. — L. hat schon 1884 in seinen *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis* auf diese Metamorphose aufmerksam gemacht und berichtet nun über mehrere neue Fälle, welche seine Behauptung in der unwiderleglichsten Weise bestätigen. Der erste Fall betrifft einen in der Mitte der Vierziger Jahre stehenden Mann, der 10 Jahre zuvor wegen Syphilis von LANG behandelt und geheilt wurde. Jetzt stellte sich derselbe mit neuen Syphilisprodukten und mit mandelgrofsen, mäfsig derben, schmerzhaften, stellenweise exulcerierten, stellenweise mit papillomatösen Wucherungen besetzten Infiltraten am Boden der Mundhöhle unter der Zunge vor. Aufserdem hier und da gummöse Infiltrate am Stamme. Der Mann war sehr herabgekommen. — Nach einer vorbereitenden roborierenden (Milch-) Kur, während welcher neue Gummaknoten in der Haut des Hinterhauptes aufgetreten waren, wurde eine allgemeine Merkurtherapie eingeleitet. Diese brachte wohl die Syphilisprodukte zum Schwinden, nicht aber das Infiltrat am Boden der Mundhöhle, welches im Gegenteile immer gröfser, derber, schmerzhafter wurde, während der Zerfall von der Oberfläche aus fortschritt. Es war kein Zweifel mehr, dafs ein Karcinom vorlag. Einige Monate darauf erlag der Kranke diesem Leiden. — Ein zweiter Fall, den LANG kurze Zeit darauf beobachtete, betraf einen 38jährigen Mann mit einem Ulcus elevatum der rechten Unterlippenhälfte, welches unter der gewöhnlichen antisyphilitishen Behandlung heilte, ein halbes Jahr darauf recidivierte und sich bald als ein Epithelkarcinom inmitten einer luetischen Infiltration sowohl klinisch als auch mikroskopisch entpuppte. Man konnte im weitreichenden, kleinzelligen (syphilitischen) Infiltrate durch Übergangsstadien hindurch deutlich die Nester gewucherter und zerfallener Epithelzapfen des Karcinoms verfolgen.

In einem dritten, einen 62jährigen Mann betreffenden Fall sprachen alle — sehr zahlreichen — Symptome für Syphilis, bis sich nach fruchtlosem Gebrauch antiluetischer Mittel herausstellte, dafs es sich auch hier um ein Lippenkarcinom handelte, welches auch später exstirpiert wurde.

Wien. E. Schiff.

England.

Perforierende Geschwüre. Atkin (*Brit. Med. Journal.* 1886. Juli 24. bemerkt, dafs von Neurologen die Thatsache oft übersehen wird, dafs diese Geschwüre prodromale Symptome der Tabes sind. Bei seinem Kranken, einem nichtsyphilitischen 51jährigen Arbeiter, entwickelte sich ein solches Ulcus an der inneren Seite der linken grofsen Zehe, das sich seitdem nie für längere Zeit geschlossen hat. 2 Jahre später erschien ein Ulcus am Dorsum pedis zwischen dem 3. und 4. Metatarsus. Zu derselben Zeit wurde eine Geschwulst am rechten Fufsrücken geöffnet, die aber nach einer zweiwöchentlichen Sekretion vollständig abheilte. 6 Monate später kam ein Geschwür auch an der andren Seite der rechten grofsen Zehe zum Vorschein, und kurz darauf auch eins unter der linken kleinen Zehe. Pat. hat jahrelang über unbestimmte blitzartige Schmerzen und Gefühl von Erstarrung geklagt, andre Symptome waren jedoch noch nicht vorhanden. Jetzt hat er aufser den typischen visuellen, motorischen und sensiblen Störungen der Tabes auch stark riechende Schweifse, kalte Füfse, Gürtelgefühl und Hypertrophie der Nägel. Beide Füfse sind durch Knochenschwund sehr verunstaltet, niemals aber haben sich weder Knochenstücke losgestofsen, noch ist eine Caries mit Sicherheit nachgewiesen. Schmerzen kommen hauptsächlich bei Ostwinden und nassem, kaltem Wetter vor. Die Frage nach der Ursache dieser Geschwüre ist eine noch unbeantwortete. Sie sind angesehen worden als vereiternde Leichdörner oder als Auswüchse, als Nekrosis des Metatarsus, als eine Krankheit der Metatarso-Phalangeal-Gelenke, als Krallenfufs, paralytische Talipes, Atheroma, Syphilis, Tuberculosis und Lepra. Von den meisten der jüngst beschriebenen Fälle werden Neuroläsionen zentralen oder peripherischen Ursprungs angenommen, z. B Echinococcuscyste, die einen Druck auf den N. ischiadicus ausübt (Duplay und Morat). Dafs solche Neuroläsionen zu perforierenden Geschwüren Anlafs geben können, kann man als erwiesen betrachten; ob dies immer der Fall ist, bleibt jedoch noch unentschieden, Glykosurie ist mitunter bei Ulcus perforans, wie auch bei Phlegmonen und Gangrän der Haut beobachtet worden. Bisweilen ist diese Krankheit scheinbar hereditär und in der Grafschaft Wiltshire soll sie nicht selten sein (Biggs, Wilks). Bei Frauen kommt sie seltener als bei Männern vor. Wie die Verkürzung der Knochen stattfindet, ist noch zweifelhaft. Einige Beobachter haben Sequester nie gesehen, andre haben sie entfernt (sie geben aber nicht an, wie die Knochen

erkrankt waren). Wo keine wahrnehmbaren Knochenstücke zutage treten, mufs der Detritus des Ulcus mit dem Sekrete herausfliefsen. Bei A.s Falle sind die Zehen seit dem Schliefsen der Wunde allmählich kürzer geworden (wie bei Lupus deformans, wo die Phalangen ohne jedwelche Wunde gänzlich absorbiert werden können. Ref.). Es ist zweifellos, dafs diese Affektion zuweilen spontan abheilt, ohne dafs die erkrankten Knochenpartien sich losstofsen. Verf. selbst hat es beobachtet bei zwei Männern, die an der Charcotschen Gelenkerkrankung litten. Da diese erwünschte Spontanheilung möglich ist, warnt A. vor den vielfach vorgeschlagenen chirurgischen Eingriffen, die sich gewöhnlich als ungenügend und auch fatal erwiesen haben, und empfiehlt zuerst eine lokale Behandlung, wie Treves empfohlen hat. Es ist sehr wünschenswert, dafs jeder, der eine solche Affektion zur Behandlung bekommt, über deren Antecedentien und Verlauf vollständig berichte.

Morphoea. Hutchinson (*Brit. Med. Journal.* 1886. Juli 24) fand bei einem 36jähr. Fräulein an der inneren Seite des rechten Vorderarms und an der rechten Seite der Brust viele grofse, herpesähnliche Maculae auf der Haut, die sich rauh anfühlten, aber kaum eine merkbare Induration wahrnehmen liefsen. Einige waren diskret, die andern gruppenweise angeordnet. Die rechte Mamma und die musculi ulnares des Vorderarms, nicht aber der Hand, waren atrophiert. Pat. gab an, dafs der Anfang am Vorderarm gerade vor 20 Jahren stattgefunden habe, und die Muskel durch Klavierspiel so geschmollen seien. Die Stellen an der Brust erschienen erst einige Jahre später. Am Ende des letzten Jahres (also nach einer Frist von 15 Jahren) kam ein 3 cm langer ovaler Fleck an der linken Seite der Mittellinie des Rückens zum Vorschein. Dieser Fleck, der den andern ganz ähnlich war, bot das Charakteristische der Morphoea dar, war nämlich in der Mitte dick, weifs und lederartig, am Rande violettfarbig. Diese Krankheit kommt äufsert selten zweimal bei demselben Individuum vor, wenn das aber der Fall ist, tritt sie in sehr beschränktem Mafse und immer nach einer jahrelangen Zwischenzeit auf. H. hat nie einen zweiten ausgedehnteren Anfall gesehen. Er glaubt, dafs dieser Fall die Affinität, die zwischen Morphoea und Herpes existiert, zu beweisen im stande sei.

Lepra. Beaven Rake (Trinidad) (*Brit. Med. Journal.* 1886. Juli 24) erwähnt den Fall eines akut wahnsinnigen leprösen Negers, bei dem sich plötzlich eine grofse, die linke Hälfte des Gesichts und oberen Halsteils einnehmende karbunkulöse Geschwulst entwickelte. Es wurde eine Incision gemacht, worauf sich viel Eiter entleerte. Das vorhandene Ödem nahm aber zu, Pat. wurde komatös und starb 4 Tage später. Die Autopsie zeigte eiterige Infiltration des subkutanen Gewebes des Gesichts und der kavernösen Sinus, die mit Coagula gefüllt waren. Die Sinus petrosales und longitudinales waren durch einen Thrombus verstopft und der Pon

und die Medulla mit Lymphe bezogen. An der Basis beider Lungen waren mehrere haselnufsgrofse Infarkte, auf der Peritonealdecke der Milz befand sich etwas Lymphe. R. hat diese akuten Abscesse (nicht Gangrän) bei andern anästhetischen Leprösen beobachtet (bei zweien mufste zur Amputation geschritten werden), auch Dementia in mehreren Fällen, wagt aber nicht, weder einer parasitären, noch einer trophoneurotischen Erkrankung die Ursache zuzuschreiben. Bei keinem dieser Fälle war er imstande, die Anwesenheit des Bacillus mittels Magendafarbe nachzuweisen.

Smith beseitigt **eingewachsene Zehennägel** erfolgreich dadurch, dafs er unter dem Nagel die Nagelmatrix so weit hinein drückt, dafs eine tiefe Höhlung entsteht, und man ein Stückchen aus der Mittellinie herausschneiden kann. Das erste Verfahren soll eine Nagelzelle ausschalten (?), während nach dem Einschnitt das Wachstum des Nagels mehr gegen die Mittellinie gerichtet werden soll.

Purpura nach Quetschung. Es sind mehrere Fälle beschrieben worden, wo eine Nervenquetschung den Anlafs zu einem Ausbruch von Purpura gegeben hat. Mackay (*Brit. Med. Journal.* 1886. Juli 10) berichtet über einen ähnlichen Fall. Ein magerer, nervöser, sonst ganz gesunder 11jähr. Knabe wurde gegen eine Mauer gedrückt, wobei er heftig erschrak. 2 Tage später (Nov. 2), als der Hausarzt zu ihm gerufen wurde, klagte er über wandernde Schmerzen, fieberte etwas, und über der Milz wurde eine grofse, weiche, elastische Schwellung wahrgenommen. Am nächsten Tage verschwand diese wieder, wurde aber von verschiedenen ödematösen Schwellungen, zuerst der Stirn, später des Gesichts und der Glieder gefolgt, die schwer verständlich blieben, bis Purpuraflecke auftraten. Später zeigten sich Schmerz im Epigastrium, Diarrhöe, Erbrechen, Schmerzen in den Gliedern (in deren Nachbarschaft hämorrhagische Flecke erschienen), Kopfweh, Delirium. Am 2. Dez. waren Hand- und Fufsgelenke geschwollen, am Dorsum pedis eine grofse Ecchymosis, und Purpuraflecke reichlich an Händen, Füfsen und Beinen vorhanden. 13. Dez. Diarrhöe mit schwarzem Blutgerinnsel, starke Abdominalschmerzen mit Tympanites, auf Reizung des Peritoneums (durch Hämorrhagie) hindeutend. Zahnfleisch nicht geschwollen. Am 19. Dez. tritt Hämaturie hinzu. Opium mit Ergotin, Digitalis, Gallussäure, Eisen-Alaun wurden vergeblich probiert. Auf Tr. Hamamelis 20 min. am 29. Dez. erfolgte entschiedene und anhaltende Erleichterung der Symptome; als die Dosis auf 10 min. plötzlich herabgesetzt wurde, trat wieder starke Hämaturie auf. Es wurden jetzt 0,03 Sklerotinsäure mit gutem Erfolg injiziert, doch mufste diese Behandlung wegen der Empfindlichkeit des Kranken wieder eingestellt werden. Man kehrte zur Hamamelis zurück. Am 20. Jan., da die Hämaturie noch anhielt und neue Flecke zum Vorschein kamen, verordnete M. Terpentin 5 min. 3mal täglich. Binnen 2 Tagen Besserung beider Symptome. Am 4. Febr. nach einer geringen Anstrengung wiederholten sich die Petechien im Gesicht und an den Extre-

mitäten, infolge dessen die Dosis bis auf 8 min. gesteigert wurde. Nach Verlauf einer Woche, bei andauernder Besserung, wurde der Terpentin abwechselnd mit Eisen-Alaun gegeben, worauf abermals ein Nachschub resultierte, so dafs wieder zum Terpentin, und diesmal in der Dosis von 12 min., zurückgegriffen werden mufste. Von nun an gleichmäfsiges Fortschreiten der Heilung, abgesehen von einigen kleinen Nachschüben der Flecke und etwas Ödem, die am ersten Tage, nachdem Pat. das Bett verlassen, erschienen, nach sofortiger Ruhe aber wieder schwanden. Das Terpentinöl wurde noch, später in Verbindung mit Arsenik, bis zur im April erfolgten Entlassung des vollständig geheilten Patienten gegeben, ohne eine Spur von Harndrang zu verursachen. Mackay hebt die erfolgreiche Wirkung des Terpentins gegen die absolute Nutzlosigkeit der Säure, des Ergotins, der Digitalis, den scheinbar deletären Einfluſs des Eisens und die nur temporäre Hilfe der Hamamelis hervor. Es sei kein neues Mittel, aber jüngst von Immermann u. a. unterschätzt worden.

Manchester. H. G. Brooke.

Frankreich.

Behandlung der Hypertrichosis. Brocq (*Société Médicale des Hopitaux.* 28. Mai 1886) erörtert zuerst die verschiedenen klinischen Umstände, in denen der Arzt in Anspruch genommen werden kann, um mit seiner Hilfe entweder zu reichlichen Haarwuchs oder an abnormer Stelle gewachsene Haare zu vernichten. Die Hypertrichosis kann auftreten auf der Oberfläche bestimmter Naevi (indem dieselben dadurch ein noch häfslicheres Aussehen gewinnen), während des reifen Alters, in der Menopause oder bei jungen Mädchen, und es ist einleuchtend, dafs je nach der Lage der Sache ein therapeutischer Eingriff mehr oder weniger geboten sein wird.

Auf jeden Fall verdient das Epilationsverfahren mittels der galvanischen Punktur ein sorgfältiges Studium. Brocq bedient sich zu diesem Zwecke feiner Gold- oder Platinnadeln, die er in den Haarfollikel hineinsenkt; dabei mufs die Übung dem Operateur insofern zu Hilfe kommen, als er wissen mufs, bis zu welcher Tiefe und in welcher Richtung die Nadel eingestochen werden darf, um mit dem Haarbulbus vollständig in Berührung zu kommen. Nach Einstofsung der Nadel läfst man den Strom durch dieselbe gehen und ruft so die Zerstörung des an abnormen Stellen gewachsenen Haares hervor.

Der Schmerz ist sehr verschieden, zuweilen gar nicht wahrnehmbar, oder geringfügig, gewöhnlich aber sehr mäfsig. In den derartig epilierten Bezirken entstehen keine Narben, und obgleich man darauf gefafst sein mufs, dafs eines oder das andre epilierte Haar wieder nachwächst, ist doch die Mehrzahl der so behandelten Haare definitiv entfernt. Mehr als 36 Haare kann man in einer Sitzung von $^3/_4$ Stunden nicht entfernen.

Zur histologischen Struktur der Warze. Gabriel Hanolle hatte in der anatomisch-klinischen Gesellschaft der Fakultät zu Lille einen Heizer vorgestellt, dessen Hand bedeckt war mit zahlreichen Warzen, die nach einem pflegmonösen Erysipel des linken Handrückens entstanden. Die histologische Untersuchung derselben wurde von Dr. Gobson gemacht, der uns im folgenden die Resultate derselben mitteilt.

Bei schwacher Vergrößerung findet man in dem der Axe parallel gemachten Schnitte eine Bindegewebsmasse im Zentrum, die mit der hypertrophischen Cutis korrespondiert. Die Epidermisschicht darüber ist verdickt.

Die starke Vergrößerung zeigt viele in das rete Malpighi eingewanderte Lymphzellen mit stark violett gefärbten Kernen.

In derselben Schicht sieht man eine Zelle, die auf dem Wege der indirekten Teilung oder Karyokinese begriffen ist.

Das Bindegewebe zeigt granulierte Zellen nach Ehrlich.

Außerdem kann man in den mit Gentianaviolett gefärbten Schnitten die Gegenwart von runden Körnern mit hellem Zentrum konstatieren, stark violett gefärbt, besonders zahlreich in der Leder- und Oberhaut.

Diese Körner können nur Zoogloeamassen sein.

Es ist sehr zu bedauern, daß der Verfasser, der die histologische Untersuchung so exakt und wissenschaftlich durchgeführt, uns nicht auch Kulturen geben konnte, die er aus den Zoogloeamassen, deren Existenz er eben bewiesen, gezüchtet hat. (*Journal des Sciences médicales de Lille.* 1886.)

Zur Ekzembehandlung. Dubois teilt die Ekzembehandlung in zwei Teile. Zuerst die Behandlung der das Ekzem hervorrufenden und unterhaltenden Ursachen, darunter versteht er die interne Behandlung.

Die therapeutischen Indikationen richten sich nach 1. den prädisponierenden Ursachen, solche sind: Diathese, Heredität, Alter, Idiosynkrasie; 2. den gelegentlichen oder zufälligen Ursachen, wie Nahrungsmittel, Getränke, Klimakterium und psychiche Aufregungen.

In zweiter Linie zeigt er uns, daß die lokale Behandlung der erkrankten Hautpartien verschieden sein muß, je nach Zeit, Form, Lokalisation; stets jedoch muß sie Hand in Hand gehen mit einer allgemeinen Behandlung, die die das Ekzem unterhaltenden Kräfte vernichten und so viel als möglich einem Recidiv vorbeugen soll.

Diese Abhandlung, der es an klingenden Phrasen nicht fehlt, weist absulut nichts Neues auf. (*Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacologie de Bruxelles.* 1886. Febr.)

Behandlung der Melanodermen, von Prof. H. Leloir. (*Journal des Connaissances médicales.* 1886. Juli.) Die unvergänglichen Pigmentflecke in der Haut sind oft eine sehr unangenehme Affektion, weshalb alle möglichen Mittel zu ihrer Vernichtung angewendet werden.

Nachdem der Verf. die Nutzlosigkeit, die Schwierigkeit in der Anwendung gewisser Medikamente, oder sogar die Abneigung, welche gewisse Patienten gegen einige derselben an den Tag legen, namentlich gegen das Bichlorür (Sublimat), erwähnt, schlägt er ganz einfach eine äufserst praktische Behandlung vor: Applikation von einer oder mehreren Schichten Chrysarobin in Chlorform gelöst, welche man wiederum mit Traumaticin überpinselt.

Diese Behandlung ist im allgemeinen analog derjenigen, die von den meisten Ärzten bei der Psoriasis angewendet wird. Diese Behandlungsweise bringt, wie allen Dermatologen bekannt ist, die damit behandelten Psoriasisplaques nach gewisser Zeit zum Verschwinden, und sie hat dem Verfasser auch die Idee eingegeben, die Melanoderme analoger Weise örtlich zu behandeln. Leloir hat auf diese Weise eine sehr grofse Anzahl von hartnäckigen Melanodermen verschiedenen Ursprungs sehr schnell geheilt und selbst 3 sehr scharf begrenzte, aber ein wenig gerötete variköse Naevi brachte er damit zum Schwinden. Nach Leloirs Ansicht betrifft diese Behandlung nur diejenigen Melanoderme, denen er den Namen Melanodermies épithéliales gibt; bei den Melanodermies dermiques ist die Wirkung obiger Medikamente gleich Null.

Exanthem bei gastrischem Fieber. Nach Herbland-Morins Meinung müfste man einen Unterschied machen zwischem einem gewöhnlichen gastrischen Unwohlsein und einem eben solchen, aber von Fiebererscheinungen begleitet. Ein gewöhnliches gastrisches Leiden ist eine Lokalaffektion, während ein fieberhaftes gastrisches Leiden eine Allgemeinerkrankung von infektiösem Charakter ist. Beim gastrischen Fieber könne man ein papulöses Exanthem beobachten von sehr flüchtiger Natur, das meist unbeachtet bliebe. Wenn dieses Exanthem nicht konstant auftrete, so sei es wenigstens sehr häufig vorhanden, und nach Herbland-Morins Ansicht zeige das Exanthem ganz deutlich, dafs eben die fieberhaften gastrischen Beschwerden eine Allgemeinerkrankung seien.

Gestützt hierauf führt der Verfasser 7 Fälle auf, von denen er 6 persönlich beobachtet hat. Würden diese Ziffern wohl genügen, um ein neues akutes Exanthem aufstellen zu dürfen? Um so eher, als sich für gewisse praktische Ärzte die in obigen Fällen beschriehenen Symptome namentlich den fieberhaften Urticariaeruptionen und den papulösen Erythemen verbunden mit Verdauungsstörungen nähern könnten. (*Thèse de Paris.*)

Über Hämatohidrosis und ihre Beziehungen zur Menstruation, von Dr. Alexander Mangon. (*Thèse de Bordeaux.*) Der Verfasser führt zuerst einige Fälle von Hämatohidrosis an; anknüpfend an die Ätiologie derselben, gibt er die Ansicht der alten und neuen Schriftsteller kund ebenso wie die Thatsachen, worauf sich ihre Ansichten basieren. Alsdann erörtert er die Hämatohidrose in ihren Beziehungen zur Menstruation.

Chomel hatte konstatiert, dafs sehr oft die Hämatohidrose einen periodisch auftretenden Blutflufs ersetzt und sich von Monat zu Monat

wiederholt, genau wie die Menses, welche sie ersetzt. Seine Ansicht teilte auch Grisolle. Gendrin liefs die Hämatohidrose abhängen von menstruellen Unregelmäfsigkeiten.

Gesammelte Beobachtungen in den Werken dieser 2 Autoren bestätigen diese Ansicht.

Die persönlichen Erfahrungen des Verfassers zusammen mit den soeben angeführten erlauben ihm die Schlufsfolgerung zu ziehen, dafs die Hämatohidrose als intim liiert betrachtet werden mufs mit der Menstruation.

Man mufs sie als eine aufsergewöhnliche Menstruation betrachten, quasi als eine Ergänzungs-Menstruation.

Lille. A. Tavernier.

Unter der Bezeichnung **professionelle Dermatosen** fafst Gibout in einem Vortrag im Pariser St. Louis-Hospital (*Gazette des Hôpitaux*) diejenigen Hautkrankheiten zusammen, welche Personen mit gewissen Beschäftigungen befallen und mit den letzteren eng zusammenhängen. Am häufigsten verursachen Hautaffektion nach G.s Ansicht die Beschäftigung des Materialisten, welcher reizende Stoffe, wie Pfeffer, Salz, Säuren etc. führt; jene der Geschirrwäscher, deren Arme und Hände beständig in fettigem und bald heifsem, bald kaltem Wasser sind; sowie alle Professionen, bei deren Ausübung die Hände reizenden Stoffen exponiert werden, wie z. B. bei Anstreichern, Färbern, Destillateuren und Mörtelmischern.

Durch besondere Eigentümlichkeiten sind die professionellen Hautaffektionen, sowohl akute wie chronische, leicht und sicher zu erkennen:

1. Sie bleiben stets auf den Umfang der ursächlichen lokalen Schädlichkeit beschränkt.
2. Den Herpesaffektionen entgegengesetzt jucken sie nicht.
3. Die Veränderungen sind an einer Stelle keineswegs, wie bei Herpes, sämtlich gleichartig, es finden sich vielmehr die verschiedensten Formen nebeneinander, z. B. Ekzemflecke mit Lichenpapeln und Ekthymapusteln.
4. Im Gegensatz zu Herpes und Syphilis verschwinden sie nicht selten von selbst, sobald die lokalen Schädlichkeiten, welche ihre Entstehung verschuldet haben, nicht mehr einwirken. Die entsprechende Behandlung führt stets und meist innerhalb 8 Tagen zu völliger Heilung, welche ohne erneute Einwirkung der früheren Schädlichkeit eine dauernde bleibt.
5. Das Allgemeinbefinden wird von ihnen nicht affiziert.
6. Sie sind weder unheilbar, noch kontagiös.

Hinsichtlich der Behandlung gilt es in erster Linie, die schädliche Ursache zu beseitigen, alsdann empfehlen sich erweichende Umschläge (z. B. Kartoffel oder Mehl) oder örtliche Bäder von Stärke- oder Kleien-

wasser. Bei chronischen Formen kann die stimulierende Wirkung des Kadeöls, der Jodtinktur oder des Hydr. bichlorat. corros. in Lösung und nachfolgender Anwendung von Stärkeglycerol, Vaseline oder H. amygd. dulc. (um die Haut wieder geschmeidig zu machen) nötig werden. Nach vollendeter Heilung sollte die frühere Beschäftigung aufgegeben oder wenigstens grofse Vorsicht dabei verwendet werden.

Eine in ihrer Art einzige Ansteckungsform der Gonorrhöe teilte Horaud der Société Médicale de Lyon mit (*Lyon Médical.* Nov. 1. 1885). Ein Student der Medizin, welcher aufser einem binnen 14 Tagen völlig geheilten Tripper vor 4 Jahren niemals eine venerische Krankheit gehabt hatte, besuchte am 10. Juli ein Bordell und gebrauchte ein an diese Form gewöhntes Mädchen aus Furcht vor Ansteckung pr. os. Trotz sorgfältiger Waschung und Abtrocknen mit einem reinen Tuch unmittelbar nach dem Coitus zeigte sich bereits am folgenden Tage in der Urethra ein erhöhtes Wärmegefühl, und beim Drücken derselben ein weifslicher Tropfen. Jede andre Berührung des Mädchens stellt Pat. entschieden in Abrede. Bei der Untersuchung am 13. Juli durch Verf. bestand reichlicher, eiteriger Ausfluſs, welcher Eiterkörperchen und Gonokokken in grofser Zahl enthielt. Derselbe verschwand durch die verordneten Einspritzungen binnen 15 Tagen.

Da dies Mädchen weder im Munde, noch in der Vagina oder Urethra eine Entzündung zeigte, und es sich doch in anbetracht der vorhandenen Gonokokken bei dem Pat. um eine durch Ansteckung entstandene Gonorrhöe handelte, so bleibt nur die Erklärung übrig, dafs bei einer kurz vorher stattgefundenen Verbindung per os Gonokokken in dem Munde des Mädchens deponiert wurden, welche der Pat. aufnahm.

In einer Mitteilung an das *Journ. des Connaissances Médicales* gibt Prof. H. Leloir ein **Mittel** an, **um den infektiösen Schanker von Herpes zu unterscheiden,** welches er das Ausdrücken von Flüssigkeit nennt. Beim Drücken eines syphilitischen Schankers zwischen den Fingern entleert sich nur eine ganz unbedeutende Flüssigkeitsmenge — falls dies überhaupt der Fall ist — und es gelingt sehr schwer, diesen Versuch ein zweites Mal mit Erfolg zu wiederholen. Dagegen gibt der Herpes bei dieser Manipulation einen Tropfen durchsichtiges Serum, und dieses Resultat kann mehrmals nacheinander erzielt werden. Es erklärt sich dies dadurch, dafs der Schanker eine harte, nicht zusammendrückbare Neubildung ist, während der Herpes mit lokalem, hyperämischen Ödem und Gefäfserweiterung verbunden ist.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Annales de Dermatologie et de Syhiligraphie. 2. Serie. T. VII. No. 7 und 8. 25. August 1886.

Brocqs Abhandlung über **Lichen ruber** ist eine, an die Arbeit des Herausgebers der *Monatshefte* über denselben Gegenstand anknüpfende kritische

Studie. Den Lesern ist der wesentliche Inhalt dieser, im Jahrgang 1884 der *Petersburg. medic. Wochenschr.* erschienenen Arbeit P. G. Unnas und dem in Bd. IV. S. 133 ff. unsrer Zeitschrift enthaltenem Referat bekannt. U. fafst den Lichen ruber als eine hermetisch zusammen gehörige Gruppe papulöser Hauterkrankungen auf, von der er nach Form und Verlauf der Affektion 3 Unterabteilungen unterscheidet: den Lichen acuminatus, Lichen planus und Lichen obtusus. Die Diagnose des Lichen planus und Lichen acuminatus ist den deutschen Dermatologen besonders durch die Arbeiten F. v. Hebras und Kaposis geläufig geworden; neu aufgestellt hat Unna nur den Lichen obtusus. Brocq kommt nun nach dem Studium von Unnas Beobachtungen und Darlegungen zu der Schlufsfolgerung, dafs für die französische Dermatologie bisher kein Grund vorliegt, ihre Auffassung des Lichen planus aufzugeben; nach dieser Auffassung aber fällt nicht nur Unnas Lichen obtusus, sondern es fallen auch jene Fälle unter den Begriff Lichen planus, in welchen neben den gewöhnlichen Effloreszenzen eine Anzahl spitzer Knötchen vorhanden sind. Fälle, die den in Deutschland beschriebenen Beobachtungen von einem Lichen ruber acuminatus entsprechen, kenne man in Frankreich nicht; dieser auf rein morphologischer Basis beruhende Krankheitstypus sei offenbar schlecht definiert; er habe sehr verschiedenartige Affektionen, besonders aber die Pityriasis rubra pilaris mit seinem Namen gedeckt.

In Heft 10 (S. 585) der französischen Annalen hat Unna inzwischen eine längere Erwiderung auf Brocqs Kritik unter dem Titel: „Zur Lichen-Frage" erscheinen lassen.[1] Einige Mifsverständnisse werden berichtigt, die dadurch entstanden sind, dafs dem französischen Referenten nicht das in deutscher Sprache geschriebene Original, sondern die, an mehreren Stellen inkorrekte englische Übersetzung des *Medical Bulletin* (Philadelphia) vorgelegen hat; sodann wird der Nachweis geführt, dafs Brocqs Annahme unbegründet ist, nach welcher sich die Unterscheidung der Lichengruppen im wesentlichen nur auf die Form der Effloreszenzen, nicht auch auf Entwickelung und Verlauf der ganzen Krankheit stütze; die Ansicht, dafs in einigen der von Unna beschriebenen Fälle die Berechtigung zur Diagnose Lichen zweifelhaft gewesen sei, wird unter Analysierung der strittigen Beobachtungen energisch zurückgewiesen.

In seiner Replik — ebenda pag. 596 und 597, betitelt: „Über Lichen ruber und Pityriasis rubra" — hält Brocq daran fest, dafs unter den als Lichen ruber acuminatus beschriebenen Fällen sich solche finden, die er in die Gruppe der „exfoliierenden Dermatiden" rubrizieren würde. Wenn Unna die „Pityriasis rubra pilaris" als ein leicht heilbares, vergleichsweise harmloses Leiden ansehe, so beweise dies, dafs dem Hamburger Dermatologen die Kenntnis der einschlägigen französischen Litteratur fehle; Lustgarten (Wien) übrigens habe noch kürzlich gelegentlich eines

[1] S. auch *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886. Nov.

Besuches im Hospital St. Louis die Diagnose Lichen ruber acuminatus in einem Falle gestellt, den die Ärzte dieses Krankenhauses als einen typischen Fall von „Pityriasis rubra pilaris" betrachteten.

Um nunmehr zu dem Inhalte von Heft 7 und 8 zurückzukehren, so folgt auf Brocqs Abhandlung ein Bericht Eduard Welanders über das Ergebnis seiner gemeinsam mit dem Pharmazeuten M. Schillberg angestellten **Untersuchungen, betreffend die Absorption und Elimination des dem menschlichen Organismus einverleibten Quecksilbers.** Bei der Aufnahme per os kann man in der Regel nach 1—2 Tagen Merkur im Urin ermitteln; nach Einreibungen in die Haut gemeinhin bereits am Tage nach der ersten Inunktion; im letztern Fall vergrößert sich die Menge des im Urin nachweisbaren Quecksilbers während der nächsten Zeit sehr schnell und erreicht nach 14—15 Tagen ihren Höhepunkt. Eine besonders rapide und erhebliche Absorption findet von Wundflächen aus statt; auch nach subkutaner Injektion kann man Merkur schon nach 1—2 Stunden im Urin finden. Die Hauptmenge des in den Körper eingeführten Quecksilbers werde wahrscheinlich durch den Urin eliminiert; eine beträchtliche Quantität indes sei stets auch in den Faeces zu finden, dagegen (selbst in Fällen intensiver merkurieller Stomatitis) nur wenig im Speichel. Auch im Blut und in der Galle wurde die Anwesenheit von Merkur ein mal konstatiert. Bei einer nährenden Frau, die 30 Protojoduret-Pillen genommen hatte, war das Quecksilber außer in den Urin auch in die Milch übergegangen und ließ sich sogar im Urin des Brustkindes nachweisen. In 2 Fällen konnte Welander sich davon überzeugen, daß der Arzneistoff durch die Placentarzirkulation in die Säftemasse der Foetus übergegangen war.

Was die Ausscheidung des Quecksilbers anbelangt, so wurde schon erwähnt, daß sie besonders schnell nach subkutaner Injektion eintreten kann; sie beginnt im allgemeinen am Tage nach der Einleitung der Behandlung und dauert dann kontinierlich, gewöhnlich 4—6 Monate lang, fort. Ein noch länger hinausgeschobener Termin (6—12 Monate und darüber) kommt gelegentlich, aber mehr ausnahmsweise vor — an mit Merkur behandelten Personen ausgeführte Blutanalysen ergaben jedesmal einen sehr reichlichen Quecksilbergehalt; auch in pathologischen Sekreten (Eiter, Ascites-Flüssigkeit) ließ sich der Übergang von Quecksilber nach merkurieller Behandlung feststellen.

M. Lancry illustriert den **hereditären Einfluß der Syphilis** durch folgende Beobachtung: Frau B. gibt in ihrer Ehe zuvörderst 3 gesunden Kindern das Leben; dann wird sie von ihrem Ehemann infiziert. Antisyphilitische Behandlung beider Eheleute. Die 4. Gravidität endet bald darauf mit einem Abort im 2. Monat. 5. Schwangerschaft: Normales, lebendes, z. Z. 3jähriges Kind, das nach den eingezogenen Erkundigungen von demselben Vater zu stammen scheint, wie die andern Kinder. 6. Schwangerschaft: Frühgeburt im 8. Monat; macerierte Frucht.

7. Schwangerschaft: Abort von 3 Monaten. 8. Schwangerschaft (1886): Lebendes, kräftiges Kind.

Aus Fourniers Klinik berichtet J. Mencault über eine nach Lokalisation und Ausdehnung ungewöhnliche syphilitische Primäraffektion, einen **phagedänischen Schanker der linken Inguinalgegend** von 12 cm Länge und bis 4½ cm Breite mit pergamentartig indurierter Basis. Heilung des Geschwürs und der zur Zeit der Beobachtung bereits vorhandenen Allgemeinerscheinungen unter spezifischer Behandlung.

Aus derselben Klinik beschreibt M. Nivet eine, im Anschlufs an einen Abscefs der linken Bartholinischen Drüse entstandene, einen weichen Schanker vortäuschende Ulceration.

Das vorliegende Doppelheft enthält Referate über folgende deutsche Arbeiten: Lutz, Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra (Ergänzungsheft I. zu *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1886). Touton, Zur Topographie der Bacillen in der Leprahaut (*Virchows Archiv.* 1886. Bd. 104). Derselbe, Ein Fall von erworbener idiopathischer Atrophie der Haut (*Deutsche med. Wochenschr.* 1886. No. 1). P. G. Unna, Über medizinische Seifen (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge.* No. 252).

Königsberg. P. Michelson.

Italien.

Murri. **Hämoglobinurie und Syphilis.** (*Rivista Clinica di Bologna.* No. 4. 1885.) Vor einigen Jahren hat Prof. Murri eine Arbeit verfafst, welche als ein wesentlicher Fortschritt auf wissenschaftlichem Gebiete angesehen werden kann. (Emoglobinuria a frigore. *Rivista Clinica.* 1879—80.) Denn nicht nur, dafs es dem Verf. gelungen ist, die einzelnen Thatsachen nach ihrem wahren Werte, mit überzeugender Logik hervorzuheben, und viele wichtige symbolische, pathologische und ätiologische Angaben dieser Erkrankung, die er als Hämoglobinurie a frigore bezeichnet hat, nachzuweisen, hat er auch — und dies ist für die Praxis von höchstem Interesse — festgestellt, dafs dieses wunderbare symptomatologische Bild von einer späteren oder früheren Form der Syphilis bedingt ist. Zwei therapeutische Erfolge beweisen die Wahrheit seiner These. Er hat nun in dieser neuen Abhandlung den günstigen und dauernden Erfolg der ersten zwei spezifischen Behandlungen bestätigt und hervorgehoben, dafs eine spezifische Infektion auch dort angenommen werden kann, wo dieselbe angezweifelt oder sogar geleugnet wird, und wo die antisyphilitische Behandlung die Recidive nicht auszuschliefsen vermochte. Die Resultate der letzten Murrischen Mitteilung sind nun: Die paroxismale Hämoglobinurie ist oft syphilitischen Ursprungs, es gibt Fälle, wo die Syphilis übersehen wird, und trotzdem gelingt es

durch eine Merkurialkur die krankhaften Erscheinungen auch dort zum Schwinden zu bringen, wo alle andern Heilmittel keinen Erfolg hatten. Was Ätiologie und Therapie betrifft, so weifs Verf. dem früher Festgestellten nichts hinzuzufügen oder daran zu ändern, nur hat er seine Ansicht betreffs der Bedingungen des Anfalls der Hämoglobinurie etwas modifiziert. Er hat beobachtet, dafs Fälle von Hämoglobinurie ähnlich den von ihm a frigore genannten von verschiedenen Ursachen (körperliche Anstrengung, Menstruation) abhängen können, und so behält er die alte Denomination nicht bei, sondern schliefst sich der neuen: Paroxismale Hämoglobinurie, an. Der pathogenetische Fundamentalbegriff bleibt intakt, da es sich nach Verfs. Ansicht um einen mechanischen krankhaften Vorgang handelt, der nur durch verschiedene äufsere Veranlassungen zustande kommt. Der mechanische Vorgang besteht in einer dyskrasischen Störung und in einer nervösen Intermittens. Erstere ist eine Veränderung der hämatopoetischen Organe, letztere eine anormale Erregbarkeit der vasomotorischen Reflexionsorgane. Was die erstere Störung betrifft, so möchte Ref. eine für die Syphilidologen sehr interessante Erfahrung Murris hervorheben: „Die roten Blutkörperchen nicht nur bei an Hämoglobinurie Erkrankten, sondern auch bei Syphilitikern, haben bei starken Einflüssen von Kälte weniger Bestand."

Ferrari (**Ätiologische Versuche über Syphilismikroorganismen**, besonders in der syphilitischen Placenta, in Verbindung mit hereditärer Syphilis. *Atti R. Accademia.* Serie III. Vol. 19) wiederholt die Geschichte der auf parasitärer Grundlage beruhenden Lehre von der Syphilis, und um auch seinerseits einen Beitrag zu bringen, sucht er mit den modernsten Methoden den Lustgartenschen Bacillus dort, wo derselbe nicht mit dem Smegmabacillus verwechselt werden kann. Er machte zunächst Kulturen mit syphilitischem Blut und stellte Untersuchungen der syphilitischen Placenta und des syphilitischen Sperma an, deren Resultat die Entdeckung von Kokken ist, die an Kopf und Schwanz der Nemaspermen anhaften. Nachdem er über alle Transmissionsarten der Syphilis in ihrem Verhältnis von Mutter znm Fötus und umgekehrt berichtet hat (sage umgekehrt, weil Ferrari anstandslos den Schlufs zieht, dafs „eine von einem syphilitischen Individuum geschwängerte Frau immer syphilitisch ist") und indem er annimmt, dafs das Syphilisgift sehr wahrscheinlich in Mikrokokken besteht, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Syphilis wird durch Mikrokokken hervorgerufen, wahrscheinlich Streptokokken.
2. Immunität der Mutter gegen die Syphilis des Fötus existiert nicht.
3. Die scheinbare Immunität ist wahrscheinlich durch Viruszerteilung bedingt.
4. Es gibt zwischen Fötus und Mutter schon von Tafani nachgewiesene Gefäfsverbindungen, die dem Virus vielleicht als Brücke dienen.

S. Giovannini. **Versuche über einige entzündliche und neoplastische Veränderungen der Haut** als spezielle Beiträge zur Physio-Pathologie des geschichteten Epithels. (*Arch. per le scienze mediche.* 1886. Vol. X. No. 16.) Diese Untersuchungen sind die Fortsetzung der schon von Tizzoni begonnenen (Die Physio-Pathologie des geschichteten Epithels. *Bollett. d. Società Med. di Bologna.* 1884. Vol. 14. pag. 259) und dann von Giovannini vorgenommenen Studien (Karyokinese bei einigen entzündlichen und neoplastischen Hautaffektionen. *Gazzetta degli Osped. di Milano.* 1885. 31. März. — Karyokinese der Malpighischen Zellen etc. Ebenda. Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1885. pag. 199. — Über mitotische Zellteilung des Reticulum Malp. Ebenda. 1885. Mai). Ein grofser Teil der pathologischen Prozesse der Haut, die entweder in einfachen, natürlichen oder experimentellen Reizungen, oder in exsudativen, suppurativen und neoplastischen, akuten und chronischen Epidermis- und Dermaentzündungen, oder auch in Epidermis- und Dermaregenerationen bei Wunden, Geschwüren und Epidermisimpfungen, oder endlich in Neubildungen (Epithelioma, Lupus, Mykosis fungoides, Hautsarkom) bestehen, wurden nun von G. studiert. Die mitotische Zellteilung wurde nun entweder als einfaches Reaktionszeichen, oder als Reparationsfaktor des Gewebes immer gefunden. Somit erhält das die pathologische Epidermishistogenese betreffende Problem durch die genauen und fleifsigen Studien Giovanninis etwas mehr Licht.

Tommasoli. **Übertragbarkeit der Psoriasis auf Kaninchen.** (*Gazz. degli Osped.* 1886. No. 43. 44.) Verf. hat Lassars Erfahrungen wieder aufgenommen, um nachzuweisen, ob Psoriasis vom Menschen auf Kaninchen übertragbar sei, und kommt nach einer Reihe genauer Untersuchungen zu folgendem Schlusse:

1. Mit einer Blut-, Lymph- und Epidermisdejektion, einem Psoriasisplaque eines Menschen entnommen, kann auf der Haut von Kaninchen eine Krankheit erzeugt werden, die der Psoriasis auf menschlicher Haut sehr ähnlich ist.
2. Die erhaltene Krankheitsform ist vom Kaninchen auf andre übertragbar.
3. Die Transmission kann auf verschiedenem Wege geschehen, und zwar vom Menschen auf Kaninchen: a. durch das Peritoneum; b. durch die Haut. Vom Kaninchen auf Kaninchen: a. durch die Haut (Lassar) mit gleicher Blut-Lymph- und Epidermisdejektion, wie beim Menschen; b. durch die Blutgänge mit direkt aus der Jugularis entnommenem Blut.
4. Die Inkubationsperiode ist bei der Infektion von Kaninchen auf Kaninchen viel geringer als beim Menschen.
5. Die Dauer der Infektion von Tier zu Tier ist eine viel kürzere als diejenige von Mensch auf Tier, und die Hautaffektionen sind gelinder.

6. Die Art der Kaninchen hat sehr wenig oder gar keine Influenz auf das Wesen und die Intensität der Hautaffektionen.

Beim mikroskopischen Befunde der vom lebenden Tiere abgetragenen Hautstücke hat sich die Ähnlichkeit mit der menschlichen psoriatischen Haut bestätigt.

Siena. P. Tommasoli.

Verschiedenes.

Konstituentien für Pasten. Vigier machte vor einiger Zeit auf die Unterschiede der drei natürlich vorkommenden Magnesiumsilikate aufmerksam (Steatit, Talk, Meerschaum), in bezug auf ihre Verwendung zu therapeutischen Zwecken. Er empfahl vorzugsweise den Steatit, ein feines, seifenartig sich anfühlendes, durch Spuren von Eisenoxyd grau gefärbtes Pulver, allerdings zunächst nur als Streupulver, besonders in der Mischung mit Zinksulfid (9 : 1). Dasselbe ist aber natürlich wie Amylum und weifser Bolus ebenso gut bei der Herstellung von Öl-, Glycerin-, Vaselin- und Lanolinpasten zu verwenden. In meiner Praxis hat seit einem Jahre die Kieselsäure in Gestalt der im Handel befindlichen Infusorienerde, des Kieselgurs, den weifsen Bulus vollständig verdrängt. Der Kieselgur, unter dem Namen Terra silicea in die Medizin eingeführt (zu beziehen von Reye & Söhne, Hamburg, Sonninstrafse 22), saugt mehr Wasser und Fett auf als irgend ein andres der mir bekannten Streupulver. Auf der Haut verrieben erzeugt er sofort eine ganz ungewöhnliche Trockenheit derselben. Diese eminente kapillare Attraktionskraft erklärt sich leicht aus der Porosität der zierlichen mikroskopischen Kieselpanzer, aus welchen die Infusorienerde besteht. Zu therapeutischen Zwecken wird man natürlich nur den best ausgeglühten Kieselgur benutzen. Dieser stellt dann aber auch das reinste Streupulver dar, welches man finden kann, es enthält keine Spuren organischer Stoffe mehr und keine mineralischen Verunreinigungen, wie Bolus und Steatit. Aufser zu dermatotherapeutischen Zwecken benutze ich es zu Filtrationen trüber Flüssigkeiten in der von mir bereits im 9. Heft des vorigen Jahrgangs dieser Zeitschrift (Über eine neue Art erstarrten Blutsermus und über Blutserumplatten) angegebenen Weise.

Unna.

R. Rother empfiehlt, um reine **Zinksalbe** von feinem Korn zu erhalten, einen Stärkemehlzusatz:

℞ *Zinci oxydati*	120,0
Amyli pulv.	15,0
Spermaceti	15,0
Cerae albae	30,0
Adip. suill.	420,0
Balsam. Tolu	7,5

Das Zinkoxyd wird mit $^3/_4$ der Stärke angerieben und durch ein Sieb No. 80 geschlagen. Das auf demselben Zurückbleibende wird mit dem Rest der Stärke vermischt und gleichfalls durchgesiebt. Wachs und Spermaceti werden mit etwas Fett zusammengeschmolzen und das übrige Fett allmählich eingetragen, darauf der Balsam zugesetzt, 15 Minuten lang erwärmt (nicht über 60° C.) und dann der flüssige Teil abgegossen. Derselbe wird nach und nach auf die Zinkoxydmischung gegossen, gut gemischt und die Salbe bis zum Erkalten öfters umgerührt. (*Deutsch-amer. Apoth.-Ztg.*)

Die Wurzel von **Parameria vulneraria**, einer auf den Philippinen einheimischen Pflanze, wird von den Bewohnern jener Inseln zur Bereitung eines Balsams gebraucht, welcher seiner Heilkräfte wegen in hohem Ansehen steht. Er wird gewonnen durch Auskochen der Wurzel- und der Zweigrinde der Pflanze in Kokosnufsöl und erscheint als gelblichweifses Öl von eigentümlichem Geruch. Dr. Zipperer fand, dafs die Pflanze 8,5 % Kautschuk und 3 % in Alkohol lösliches Harz enthält. Er bemerkt auch, dafs der Balsam mit grofsem Erfolg gegen verschiedenartige Hautleiden und zum Heilen von Wunden gebraucht wird. Die Pflanze ist ein Kletterstrauch, welcher in den gebirgigen Gegenden der Insel Cebu wächst.

(*Deutsch-amerikan. Apotheker-Ztg.*)

Äther gegen Pediculi pubis. Der durch seine Einfachheit überraschende Vorschlag, Filzläuse durch die einmalige Applikation von Äther zu töten, rührt von Dr. G. P. Thomas, Alameda (Calif.) her. Jedenfalls ist die Ätherisierung der Pediculi für die Haut unschädlicher als deren Chloroformierung, die bekanntlich auch zum Ziele führt. Versuche mit dem einfachen Ätherspray wären deshalb gewifs anzuraten.

Verband mit Pergamentpapier. Vogelsang verwendet seit einiger Zeit mit grofsem Vorteil zur Deckung von Karbolverbänden und feuchten Kompressen statt des Guttaperchapapieres das gewöhnliche Pergamentpapier. Dieses Verband- und Deckungsmaterial hat vor seinem Rivalen folgende nennenswerte Vorzüge:

1. es ist äufserst billig und erlaubt deshalb jedesmaligen Wechsel, was bei Gefahr von Infektion sehr hoch zu schätzen ist;

2. in (Karbol- etc.) Wasser getränkt wird es äufserst geschmeidig und adaptiert sich genau der Körperfläche und dem übrigen Verbande;

3. es reifst weniger als Guttaperchapapier und läfst sich auch besser wieder reinigen, sofern ein jedesmaliger Wechsel, z. B. bei Deckung von blofsen Kompressen, unnötig erscheint;

4. es ist ebenso impermeabel für Infektionskeime und Gerüche, wie Guttaperchapapier, hingegen ist das Pergamentpapier — und das ist ein bedeutender, beachtenswerter Vorzug desselben — ein besserer Wärmeleiter, so dafs weniger zu riskieren ist, dafs sich die kranken Teile in dieser Verpackung allzusehr erhitzen und einen unangenehmen Calor mordax effektuieren. (Durch *Repert. d. analyt. Chemie.*)

Internationaler Kongreſs in Washington 1887.

Auf Veranlassung des Vorsitzenden der dermatologischen Sektion des Internationalen Kongresses 1887 in Washington, Herrn Dr. A. R. Robinson, wiederholen wir unsre Bitte an alle Kollegen, welche die Absicht haben, den Kongreſs zu besuchen, uns hiervon baldgefl. freundlich in Kenntnis zu setzen.

Wie bereits mitgeteilt, haben aus England die Herren Mc. Call Anderson, Collcott Fox, Allan Jamieson, Malcolm Morris und Thin; aus Deutschland-Österreich die Herren von v. Hebra, Lassar, Neumann, Schwimmer, Unna, bereits ihre Absicht kund gegeben, an dem Kongreſs teilzunehmen.

Die Redaktion.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Cattani. *Dell' esantema antipirinico.* Milano 1886. Giuseppe Prato.
— *Antipirina e antipiresi.* Milano 1886. Fratelli Rechiedei.

Franke. *Über Risse des Sphinkter iridis nebst Bemerkungen über die Mechanik des Aderhautrisses.* (Arch. f. Ophthalmologie. Bd. 32.)

Blaschko. *Über physiologische Versilberung des elastischen Gewebes.* (Arch. f. mikroskop. Anatomie. Bd. 28.)

Koneff. *Beiträge zur Kenntnis der Nervenzellen in den periferen Ganglien.* Inaug.-Diss. Bern 1886.

Simmonds. *Die Typhusepidemie in Hamburg im Jahre* 1885. (Vierteljahrschr. f. öff. Gesundheitspflege. Bd. 18.)

Fränkel u. Simmonds. *Zur ätiologischen Bedeutung des Typhusbacillus.* (Centralbl. f. klin. Medizin. 1886.)

Baumgarten. *Lehrbuch der pathologischen Mykologie.* I. Braunschweig 1886. Harald Bruhn.

Saalfeld. *Eine langdauernde Epidemie von Mycosis tonsurans in Berlin.* (Berl. klin. Wochenschrift. 1886. Nr. 39.)

Pospelow. *Cas d'une atrophie idiopathique de la peau.* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 1886.)

Fürbringer. *Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.* Braunschweig 1884. Friedr. Wreden.

Jarisch. *Chemische Studien über Pemphigus.* (Akad. d. Wissensch. 1879. Juli.)

Lewin u. Rosenthal. *Das Verhalten des Chryarobins bei äuſserlicher und innerlicher Anwendung.* (Virchows Archiv. 85. Bd. 1881.)

Riehl. *Über Erythrasma.* (Wr. med. Wochenschrift. 1884. Nr. 41 u. 42.)

Proksch. *Über Endoskopie und Urethroskopie.* (Med. chirurg. Central-Blatt. 1874. Nr. 18 und 19.)

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 3. 1. Februar 1887.

Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata.

Von

Dr. Josef Schütz

in Frankfurt a. Main.

Die Frage nach der Ätiologie der Alopecia areata erfuhr bisher eine dreifache Beantwortung: die einen betrachten sie als parasitäre Erkrankung, andre als eine Trophoneurose, dritte endlich halten dafür, dafs der wahre Grund dieses Leidens völlig unbekannt und speziell nicht aus einer Mykose oder einer abnormen Einwirkung vasomotorischer oder trophischer Nerven herzuleiten sei.

Obwohl die Ansicht von einem gestörten Nerveneinflufs bei der Area Celsi wohl die am meisten herrschende war und noch ist, trat seit Gruby[1] 1843 das Microsporon Audouini aufstellte, die parasitäre Auffassung nie ganz zurück und wurde bis heute noch viermal (von Malassez[2], Buchner[3], Eichhorst[4] und von von Sehlen[5]) bei Alopecia areata ein Parasit bekannt gegeben.

[1] Gruby, *Comptes rendus de l'Acad. franç.* 1843. Bd. 17.

[2] Malassez, Note sur la champignon de la pelade. *Arch. de physiol. et pathol.* 1874 pag. 202.

[3] Buchner, Über Pilze bei Area Celsi. Sitzung des ärztl. Vereins in München, November 1877. *Prager med. Wochenschr.* 1877. No. 51; ref. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. S.* 1878. pag. 479.

[4] Eichhorst, Beobachtungen über Area Celsi. *Virchows Arch.* Bd. 78. VIII. pag. 197—209.

[5] von Sehlen, *Fortschritte der Medizin.* 1883. No. 23. pag. 763. — *Virchows Arch.* Bd. 99. XVIII. pag. 327. — *Ärztl. Intellig.-Bl.* 1885. No. 28.

Die Arbeiten von PINCUS[6], MICHELSON[7], BORDONI-UFFREDUZZI[8], BIZZOZERO[9], endlich die experimentellen Studien JOSEPHS[10], sowie die Versuche von BENDER[11] ergaben, dafs diese bisher bei Alopecia areata beschriebenen Parasiten wohl nicht für die Ätiologie dieser Erkrankung verwertbar sind, anderseits dagegen die Alopecia areata auf neurotischer Basis sich entwickeln kann. Die Untersuchungen haben somit noch zu keinem entgültigen Entscheide geführt; im Gegenteil hat eine durch die Gegensätze verschärfte Aufmerksamkeit betreffs der äufseren Symptome der Area Celsi neue Kontroversen erregt. Es war natürlich, dafs die Anhänger der neurotischen Theorie auch das äufsere Krankheitsbild der Areafälle genau prüften, bei welchen ihre Gegner einen mikroskopischen Befund von Mikroorganismen veröffentlichten. Erstere wiesen Fälle, bei welchen von „Schüppchen", „abgebrochenen Haaren", Reizungszuständen und dergl. die Rede war, einfach als nicht zur Alopecia areata gehörig ab (MICHESLON[12] z. B. im Gegensatz zu VON SEHLEN), die Vertreter der parasitären Auffassung anderseits proklamierten derlei Symptome als vorkommende Begleiterscheinungen der uns hier interessierenden Krankheit (VON SEHLEN[13], LASSAR[13], THIN.[14]) Es wurde von manchen

---

[6] PINCUS, *Deutsche Klinik.* 1869. No. 1, 2, 14, 15, 18.

[7] MICHELSON, Über Herpes tonsurans und Area Celsi. *Volkmanns Sammlg.* 1877. No. 120. — *Virchows Arch.* Bd. 80. 1880. XIII. pag. 296—310; Bd. 99. pag. 572. — *Fortschritte der Medizin.* 1886. No. 7. Sep.-Abz. Über die sog. Area-Kokken. Ref. *Monatshefte f. pr. Derm.* 1886. pag. 212. — Zur Symptomatologie der Alopecia areata. *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. No. 31. Autoreferat *Monatshefte f. pr. Derm.* 1886. pag. 77.

[8] BORDONI-UFFREDUZZI, *Fortschritte der Medizin.* 1886. No. 5.

[9] BIZZOZERO, *Virchows Arch.* Bd. 98. pag. 451.

[10] JOSEPH, Zur Ätiologie der Alopecia areata. *Centralblatt f. d. med. Wissensch.* 1886. XXIV. 11. — Beitrag zur Lehre von den trophischen Nerven. Sep.-Abdr. aus den *Verhandl. d. Phys. Ges. zu Berlin.* 1885/86. No. 15 und 16. — Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie den Alopecia areata. *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1886. pag. 483; ref. *Tagebl. d. 59. Naturf.-Versamml.* No. 7. pag. 282. — Beiträge zur Lehre von den trophischen Nerven. *Virchows Arch.* Bd. 107. pag. 119. Sep.-Abdr.

[11] BENDER, Über die Alopecia areata. *Deutsche med. Wochenschr.* 1886. No. 46. Sep.-Abdr.

[12] Zur Symptomatologie der Alopecia areata. l. c.

[13] Bericht aus den Sitzungen der Sektion f. Dermatologie u. S. der 58. Naturforscher-Vers. *Tagebl. der Naturf.-Vers.* pag. 166. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1885. pag. 380.

[14] THIN, *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1885. pag. 242.

Seiten eine Erweiterung des Begriffs Area Celsi angestrebt. Im Gegensatz zu HEBRA, welcher der Area Celsi aufser der Kahlheit keine äufserlich wahrnehmbaren Anomalien der Haut oder der Haare zuerkennt, finden sich sogar in manchen neueren Lehrbüchern der Dermatologie unter den Symptomen bei Area Celsi Schüppchenbildung, Haarstümpfe u. s. w. aufgeführt. Einige Belege hierfür sind:

BEHREND, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1883. 2. Aufl. Seite 386. Dort steht unter Alopecia areata: „Zuweilen findet sich an der Peripherie solcher Stellen eine mehr oder weniger breite Zone mit abgebrochenen Haaren besetzt, die unter dem Zuge der Pinzette leicht zerreifsen, zuweilen sich aber auch mit ihren Wurzeln aus den Follikeln entfernen lassen. Solche Stellen können alsdann sehr leicht klinisch den Eindruck eines Herpes tonsurans machen, wenn sie nicht glatt und frei von Schuppen wären. LAILLIER hat diese Form als Alopécie pseudotondente bezeichnet."

Ferner NEUMANN, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1880. 5. Aufl. Seite 431. Es heifst dort: „Die noch behaarten Stellen sind mit Schuppen bedeckt, und ein leichter Zug an den die kahlen Stellen begrenzenden Haaren genügt schon, dieselben zu entfernen."

Ferner Seite 129 Bd. II des *Handbuchs der Hautkrankheiten* aus der ZIEMSSENschen Sammlung in dem von MICHELSON bearbeiteten Teile wird unter Alopecia areata folgendes erwähnt: „Bei genauem Zusehen entdeckt man öfters vereinzelte (nicht wie bei der Mykosis circinata in gröfseren Gruppen beisammenstehende) dicht über dem Niveau der Haut abgebrochene Haarstümpfe."

Begleiterscheinungen solcher Art, wie sie jetzt der Area Celsi zugestanden werden, sind gerade nicht geeignet, den klinischen Symptomenkomplex der Area Celsi von demjenigen des Herpes tonsurans zu differenzieren. Man weifs heute nicht recht, wo in der Symptomatologie streng genommen Area Celsi aufhört und Herpes tonsurans anfängt. Und MICHELSON[15] hat recht zu be-

[15] l. c.

tonen, dafs es geboten sei, der wieder einmal drohenden Verwirung in der Nomenklatur frühzeitig entgegenzutreten.

Seit einem Jahre habe ich gerade diese Verhältnisse zum Gegenstand meiner besonderen Beobachtung gemacht.

Was zunächst die klinischen Symptome anlangt, so habe ich Rötung, Schuppenbildung, periphere Reaktionssäume bei kreisfleckiger Kahlheit nur da gefunden, wo Entstehungsweise und Ausbreitung auf die Diagnose Herpes tonsurans hinwiesen, was ich einigemale durch den Nachweis des Trichophyton tonsurans und Auffinden der Infektionsquelle bestätigen konnte. Solche Fälle von subakut oder chronisch verlaufendem Herpes tonsurans sind, auch wenn die Auffindung der Trichophyten nach sorgfältigem Suchen nicht gelingt, meines Erachtens nicht ohne weiteres der Area Celsi zu subsummieren, da es mitunter schwer oder unmöglich ist, nach kurzer Behandlung z. B. auch bei einem früher floriden Herpes tonsurans Trichophytonmycelien nachzuweisen. Dagegen kann auch ich bestätigen, dafs die Mehrzahl von „Area Celsi-Fällen", welche ich seit einem Jahre auf diesen Punkt hin untersuchen konnte, unter den äufserlich normal erscheinenden Haaren, welche die Randzone der Areen bildeten, einige etwa 1 mm nur das Hautniveau überragende, solitär stehende, auffallend gut pigmentierte Haarstümpfe aufwiesen. Unter acht Fällen von Area Celsi speziell, welche meiner Behandlung verblieben, und von denen jeder mehrere Areen auf dem Capillitium hatte, waren solche Haarstümpfe sechs mal vorhanden, also in 75 %. Die betreffenden Haarstümpfe safsen stets lose in ihren Follikeln, folgten dem Zuge auffallend leicht, leichter wie viele der gelockerten langen Haare, waren glänzend, dunkel, standen nie in Gruppen, sondern solitär, je nach Gröfse der Area-Stelle in deren Umkreis in der Zahl 2—12, so dafs man immerhin Mühe hatte, sie zu finden. Im übrigen entsprachen diese acht Fälle vollständig dem Bild der Alopecia areata; die Haut war weifs, glatt, glänzend, frei von Schuppen, Rötung, Entzündungserscheinungen; die Anamnese ergab nur in einem Falle, der übrigens nicht mikroskopisch untersucht wurde, Anhaltspunkte für eine Infizierung, indem der Patient behauptete, dafs sowohl er wie ein andrer nach Benutzung desselben Haarschneiders von der ihnen identisch vor-

kommenden Erkrankung befallen worden seien. Sonst waren alle Fälle ohne nachweisbare Ursache spontan, ohne Prodrome, allmählich entstanden, bestanden zum mindesten seit $^1/_2$ Jahr, ehe sie in meine Behandlung kamen, und wiesen zwei derselben nach $1^1/_2$ resp. 3jährigem Freibleiben von dem Leiden das erste Recidiv auf. Sämtliche Kranke gaben auf Befragen an, weder im Anfang des Bestehens der Krankheit, noch in irgend einem Stadium derselben Rötung, Schuppung oder ein Abbrechen der Haare bemerkt zu haben. Keiner derselben hatte am übrigen Körper irgendwelche Hautkrankheit. Die Patienten waren männlichen Geschlechts und mittleren Alters — jüngstes Alter 19 Jahre —, was ich hiermit besonders hervorheben möchte. Bei dem letztgenannten jüngsten Patienten begannen während der Behandlung beide Augenbrauen von aufsen nach innen fortschreitend auszufallen.

Somit konnten jene Fälle nur als Area Celsi angesprochen werden, und erscheint es ein häufiges Vorkommnis, dafs solitär stehende Haarstümpfe bei kreisfleckiger Kahlheit angetroffen werden, welche man nach ihrem ganzen sonstigen klinischen Verhalten zur Area Celsi rechnen mufs.

Die mikroskopische Untersuchung bezweckte meinerseits durch ausdauerndes Absuchen recht vieler Präparate Trichphyton tonsurans-Mycelien zu ermitteln oder deren Fehlen zu konstatieren und aufserdem mich über die Angaben von VON SEHLEN und EICHHORST zu informieren. Zur Untersuchung auf Herpes tonsurans-Pilze zog ich zunächst mit der Pinzette Haarstümpfe, lockere Haare, alles das, was mich besonders interessierte, aus, liefs alsdann um die Areae herum die Haare kurz scheren und epilierte von den übrigen Haaren der Randzone mittels der von BULKLEY und UNNA[16] zu diagnostischen Zwecken angegebenen Harzstangen so viel als folgte und brachte das verschiedene Untersuchungsmaterial getrennt in mit Sublimatlösung $^1/_{100}$ und Alkohol ausgewaschene, mit 10% KHO, Glycerin und Wasser aa halbgefüllte, etikettierte Glasdosen. Die bei einzelnen Haarstümpfen

[16] *Vierteljahresschr. für Dermat. u. S.* Bd. XIV. pag. 138.

und Haaren angewandte Chloroformprobe BEHRENDS[17] ergab negative Resultate. Die Untersuchung der aufgehellten Haare geschah in destilliertem Wasser und Glycerin aa, da Färbungen der Haare die Durchsicht eines so grofsen Materials erschweren würden, übrigens zur Beobachtung von Trichophyton tonsurans, wie ich aus mehrfacher Erfahrung weifs, auch kaum Vorteile bieten. (Färbungsversuche behufs Vergleichungen meiner Resultate mit denen andrer, speziell denen von EICHHORST, sind wegen der Seltenheit der Funde überhaupt noch nicht zu einem Abschlufs gekommen.) Bei 5 von 7 Patienten nun wurden an einzelnen der Haarstümpfe und nur an diesen in der Umgebung der oft im Sinne RINDFLEISCHS[18] entarteten Bulbi und Pseudobulbi, diesen aufliegend, Haufen runder glänzender Sporen gefunden, von einer Gröfse, wie sie den Sporen des Trichophyton tonsurans entspricht. Dieser Befund wäre, abgesehen von der Ähnlichkeit desselben mit den von EICHHORST publizierten Beobachtungen, an und für sich wenig beweisend; er gewinnt aber dadurch eine Bedeutung, dafs in zwei Fällen, und zwar bei dem einen Patienten in zwei Präparaten, bei dem anderen in einem Präparat (letzteres stammte von dem genannten jüngsten Patienten), aufser und dicht neben diesen Sporen liegend wohlgegliederte, lange, wenig verzweigte Mycelfäden des Trichophyton aufgefunden wurden. Es waren stets nur drei bis fünf Fäden ineinander und nebeneinander liegend, mit scharfem Kontur und je einem hellen Kernpunkte an den Polen der zelligen Abteilungen. Die Reinheit der Präparate und Deutlichkeit der so isoliert liegenden Mycelien liefsen jeden Irrtum ausschliefsen. Somit ist zu erwarten, dafs die häufiger sich zeigenden Sporen mit den gefundenen Mycelien, denen sie der Form und dem ganzen äufseren Verhalten nach angehören können, auch wirklich in Zusammenhang stehen, wenngleich auch noch die Ursache unbekannt bleibt, warum gerade die Sporen häufiger wie die Mycelien, von denen sie doch herstammen müssen, gefunden werden, resp. warum Trichophyton tonsurans überhaupt in den untersuchten Fällen, in denen er an-

[17] *Vierteljahresschr. für Dermat. u. S.* Bd. XVI. pag. 354.
[18] *Vierteljahresschr. für Dermat. u. S.* Bd. I. pag. 485. u. f. nebst Tafel IV.

getroffen wurde, so selten gefunden wurde.[19] Da bei Anfertigung der Präparate subtile Sauberkeit beobachtet wurde, und die Untersuchung jedesmal unmittelbar an die Depilationen sich anschlofs, so kann ein zwei- bezw. dreimaliger Befund von Mycelien bei zwei verschiedenen Patienten und getrennt aufbewahrtem Material nicht wohl auf Zufall oder Verunreinigung geschoben werden. Sonach ist anzunehmen:

1. dafs Trichophyton tonsurans bei einer Erkrankung chronischer Form, welche unter dem Bilde der Area Celsi verläuft, an epilierten Haaren nachweisbar ist,
2. dafs dieser Nachweis in solchen Fällen unverhältnismäfsig schwerer als bei floridem Herpes tonsurans gelingt, und dafs
3. hierbei die Sporen des Trichophyton tonsurans relativ häufiger als ausgebildete Mycelfäden gefunden werden.

Ähnliche Befunde, wie ich sie erhalten habe, finde ich in der Litteratur als Mischformen von Alopecia areata und Herpes tonsurans von SANGSTER[20], STOWERS[21] und COLLIER[22] aufgeführt, aber lediglich als unabhängig voneinander vorkommende Erkrankungen aufgefafst.

Ferner wurden Fälle von floridem Herpes tonsurans neben Area ähnlichen kahlen Stellen gesehen von UNNA[20], ROBINSON[23] u. a.

Auch ist hier zu erwähnen der Herpes tonsurans chronicus, welchen BEHREND pag. 550 seines Lehrbuches beschreibt, der in

---

[19] THIN sieht auf Grund von Züchtungsversuchen in der rel. Trockenheit der Haare bei Erwachsenen die Ursache, dafs diese gegen Herpes tonsurans immun sind. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1884. pag. 191. Beachtenswert zur Beurteilung dieser Verhältnisse erscheinen auch die Resultate der Autoinokulationsversuche von WIGGLESWORTH, *Arch. of Dermat.* Jan. 1878; ref. *Vierteljahresschr. für Dermat. u. S.* 1878. pag. 473. Endlich verdient hier auch angeführt zu werden, dafs ALB. von VEIEL beim Herpes circinatus, den VEIEL schon für parasitär hielt, da er direkte Übertragungen vom Tier auf den Menschen sah, erzählt: zwar Sporen aber keine geästete oder gegliederte Fäden habe finden zu können. (*Mittheilungen über die Behandlung chronischer Hautkrankheiten.* 1862. pag. 39.)

[20] cf. Referat in *Vierteljahresschr. für Dermat. u. S.* 1880 pag. 593.

[21] cf. Referat in *Vierteljahresschr. für Dermat. u. S.* 1881. pag. 570.

[22] cf. Referat in *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1882. pag. 52.

[23] cf. Referat in *Vierteljahresschr. für Dermat. u. S.* 1886. pag. 593, und *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1886. pag. 30.

England und Frankreich nicht so selten vorkommen soll, und bei welchem Rötung der Haut fehle.

Endlich macht auch Weyl im Ziemssenschen *Handbuch für Hautkrankheiten*. Bd. II. pag. 330 und 338 auf die zuweilen überraschend grofse Ähnlichkeit von Herpes tonsurans-Plaques und Area Celsi-Herde aufmerksam.

Indem ich diese Mitteilungen einfach bringe, möchte ich aus denselben vorderhand über Beziehungen zwischen Area Celsi und Herpes tonsurans keine Schlüsse ziehen, noch viel weniger als Gegner der neurotischen Theorie auftreten, vielmehr bin ich der Ansicht, dafs die Experimente Josephs für einen Teil dessen, was man als Area Celsi diagnostiziert, sicherlich den Gang der Dinge illustrieren, und möchte ich gerade aus diesem Grunde beiläufig auf ein, wie es scheint, noch wenig gekanntes Symptom bei Area Celsi aufmerksam machen, das, ehe Josephs Experimente bekannt waren, von keinem Geringeren auf diesem Gebiete als Pincus[24] angegeben wurde, das aber wegen der Stelle, an der es zu finden ist, wohl seine verdiente Beachtung nicht erlangte, nämlich dafs bei Area Celsi regelmäfsig gewisse Stellen des Nackens oder Halses auf Druck oder Klopfen empfindlich und das Zäpfchen am Gaumensegel auch bei ruhigem Atmen schief nach der einen Seite gerichtet sein soll.

Zahlreiche künstliche Übertragungen von Herpes tonsurans-Kulturen und zwar auf das Capillitium können vielleicht Aufschlufs darüber bringen, unter welchen Bedingungen (Lebensalter, Trockenheit der Haut und Haare, Bürsten, Kämmen u. s. w.) bei einer durch Trichophyton tonsurans hervorgerufenen chronischen Erkrankung lediglich das klinische Bild der Area Celsi während der ganzen Dauer des Leidens bestehen kann. Ebenso wäre es wichtig zu erfahren, ob auch bei der nach Durchschneidung eines Halsnerven am Tier gewonnenen kreisfleckigen Kahlheit in der Randzone der Behaarung der Areastellen jene Haarstümpfe sich bilden.

Jedenfalls mufs es auffallen, dafs bei der Häufigkeit des Herpes tonsurans überhaupt bei Erwachsenen auf dem Capillitium

[24] *Medizinische Hausbücher*. Bd. 13. Haarkrankheiten und Haarpflege. 1885. 3. Aufl. pag. 79.

so ungemein selten ein ausgeprägter typischer Herpes tonsurans gesehen wird, und dafs anderseits die zu Zeiten Hebras[25] noch so seltene Area Celsi immer häufiger diagnostiziert wird, in demselben Mafse fast, als die Verbreitung des Herpes tonsurans zunimmt, von dem in letzter Zeit in gröfseren Städten förmliche Epidemien auftraten.[26]

Es dürfte zeitgemäfs sein, gerade dem äufseren Symptomenkomplex des nicht akut verlaufenden Herpes tonsurans Erwachsener und der Alopecia areata mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als es bisher geschehen ist, und speziell jene solitär stehenden Haarstümpfe in dem Haarsaum um die Areen zu beachten, da sie durch einen Zusammenhang mit weiteren mikroskopischen Funden von Trichophyton tonsurans vielleicht eine gröfsere Bedeutung erlangen können, als dafs man von ihrem Dasein bei Area Celsi nur schlechthin Notiz nimmt.

---

[25] Ich verweise hier z. B. auf die Anmerkung Michelsons, pag. 982 der No. 120 der Volkmannschen Sammlung: „In Wien scheint die Area Celsi in neuerer Zeit häufiger vorzukommen als früher; denn während Hebra (nach Bärensprung *Ch. A.* VIII. 3. pag. 74) bis 1858 in den Berichten über seine Klinik nur eines einzigen Falles erwähnt hatte, waren Isidor Neumann (*Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 2. Auflage) bis 1870 circa 20, Kaposi (Hebra und Kaposi, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* II. Bd. § 482. S. 153) von 1866—1876 mehr als 50 Fälle vorgekommen." Veiel sah in seiner Anstalt von 1837—62 15 mal „Alopecia circumscripta", darunter 9 mal von 1855—1861. (Veiel, *Mitth. über die Behandlung chron. Hautkrankheiten.* 1862. pag. 5, 19, 96.)

Im Hospital St. Louis zu Paris werden kürzlichen Mitteilungen zufolge, welche ich Herrn Kollegen Paul Raymond verdanke, per Jahr approximativ je 150—200 „Pelades" von jedem einzelnen der 6 behandelnden Ärzte beobachtet, und soll bei dieser Krankheit nach gütiger Auskunft der Herren Dr. Besnier und Dr. Vidal in neuerer Zeit eine Zunahme besagter Fälle zu bemerken sein, während Herr Dr. Lailler die Frage nach einer Zu- oder Abnahme des Leidens unentschieden liefs.

Polotebnow (*Monatshefte f. pr. Dermat.* 1887. pag. 42) verzeichnet 39 Fälle von Area Celsi an seiner Klinik während des Zeitraumes von 1872—1885 (Petersburg).

Das progressive Anwachsen der Area Celsi-Fälle in den letzten Dezennien ist jedenfalls bei der Frage nach der Ätiologie der Krankheit nicht ganz ohne Wert.

[26] Lesser, Eine augenblicklich herrschende Epidemie von Herpes tonsurans. *Deutsche med. Wochenschr.* 1886. No. 6. Sep.-Abz. Ref. *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1886. pag. 177. — Saalfeld, Eine langdauernde Epidemie von Dermatomykosis tonsuransin Berlin. *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. No. 39. Ref. *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1886. pag. 585.

Über Myiasis externa dermatosa.

Von

Dr. med. et phil. Gustav Joseph,

prakt. Arzt und Dozent a. d. Universität Breslau.

(Fortsetzung.)

Nach Publikation vorstehend charakterisierter Arbeit, welcher die Beobachtung und sorgsame Untersuchung einer grofsen Zahl Hauterkrankungen zu Grunde lag, wurden von Ärzten und Zoologen einzelne Fälle von Myiasis beschrieben, welche sämtlich von Larven der Sarcophila Wohlfahrti verursacht worden sind. Da dieselben neue Momente der Infektion oder der Biologie nicht enthalten, so will ich davon nur wenige anführen.

So beschrieb Gerstäcker[1] in demselben Jahre, in welchem Portschinskis Arbeit erschienen war, einen Fall von Vorkommen von 15 ausgewachsenen Larven der Sarcophila Wohlfahrti P. aus der Nasenhöhle eines Menschen.

Dr. Franz Löw[2] berichtet 1883 über eine durch Maden der genannten Fliege verursachte Erkrankung an Myiasis bei einer 71 Jahr alten Frau, welche vor der Affektion an Ozaena gelitten hatte. Am 6. August 1868 gingen aus der rechten Nasenöffnung 2, später noch 13 dergleichen Maden ab oder wurden mittels der Pinzette herausgezogen, wobei ein Stück einer kariösen Nasenmuschel mit entfernt wurde. Ich bestätige, dafs die eine der Larven, welche Herr Sanitätsrat Dr. Thomas in Ohrdruf die Freundlichkeit hatte, mir zur Ansicht zu senden, der Sarcophila Wohlfahrti angehört. Ebenso sind im letzten Jahrzehnt fast aus allen Ländern Europas Fälle von leichten und schweren Erkrankungen an Myiasis in verschiedenen deutschen und ausländischen medizinischen und zoologischen Zeitschriften veröffentlicht worden, welche zu dem bisher Erwähnten nichts Neues hinzufügen.

Die gröfsere Anzahl von Publikationen über äufsere Erkrankungen an Myiasis übergehe ich, da sie nicht nur von höchst

---

[1] *Deutsche Medizinalzeitung.* 1885. No. 4, No. 99—101.

[2] *Deutsche medicinische Wochenschrift.* 1885. 31. Oktober. pag. 772.

ungenauer Beobachtung zeugen, sondern zuweilen nur das berichten, was die befallenen Kranken erzählt hatten.

Bei dem, den Medizinstudierenden und Ärzten fühlbaren Mangel an Zeit für medizinisch-zoologische Studien ist nicht zu verwundern, dafs vielen Ärzten noch heute Myiasis ein unbekanntes Kapitel der Medizin ist. Setzt doch noch Ende 1885, nachdem bereits meine Arbeit: Über Fliegen als Schädlinge und Parasiten des Menschen, in der *Deutschen Medizinalzeitung* anfangs 1885 erschienen war, ein ärztlicher Referent in einer deutschen medizinischen Zeitschrift bei Gelegenheit des Berichts über einen Fall von Myiasis cavarum nasi, bei welchem Heilung mit Verlust des Septum narium stattfand (*Medical Record.* 10. Oktober 1885) in Klammer bescheiden zweifelnd hinzu: (Syphilis?). In anbetracht solcher, nicht selten bekundeten Unkenntnis des Sachverhalts war wohl Lublinsky berechtigt zu sprechen: „Jedenfalls ergibt sich hieraus, dafs man es hier mit einem Gebiete zu thun hat, das der gemeinsamen Thätigkeit der Zoologen und Ärzte dringend bedarf, um das über manche Punkte noch herrschende Dunkel zu lichten."

In diesem Sinne: den strebsamen Berufsgenossen Gelegenheit zu geben das so düstere Gebiet der Myiasis gründlich kennen zu lernen, ist die Tendenz meiner früheren in der *Medizinalzeitung* veröffentlichten Arbeit gewesen, und liegt diese auch der gegenwärtigen zum Grunde. Ihre Publikation hat um so gröfsere Berechtigung, als sämtliche dermatologische und medizinisch-zoologische Lehrbücher den wichtigen Gegenstand entweder stillschweigend übergehen, oder davon eine unrichtige Darstellung geben. Eine Ausnahme macht davon P. Megnin, der in seinem Parasitenwerk[3] (Seite 27 und 42—47) sehr kurz über Myiasis handelt, und die Larven, welche dieselbe in Europa verursachen, richtig deutet.

Von den zum Teil von mir selbst innerhalb dreier Jahrzehnte im ganzen 19 genau beobachteten, fast sämtlich durch Larven der Sarcophila Wohlfahrti P. verursachten Erkrankungen an Myiasis, von welchen die Hälfte der Fälle dem äufsern Gehörgange, der 3. Teil den Nasenhöhlen und der obern Schlundpartie, da-

[3] *Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme* etc. Paris 1880.

gegen kaum der 6. Teil dem Integument angehörten, haben mich mehrere in den Stand gesetzt, die Fliege aus den Maden zu erziehen. In nachstehendem fasse ich die allen diesen Fällen von Myiasis muscosa gemeinsamen, wichtigeren pathologischen Momente zusammen. Vorher will ich nur bemerken, dafs leichtere Erkrankungen durch geringe Anzahl von Insassen, oder wenn deren viele vorhanden sind, durch widerstandsfähige Konstitution der Kranken und die Möglichkeit bedingt sind, die Larven noch mehrere Tage vor Erlangung ihrer Puppenreife zu entfernen. Die Fälle von Myiasis dermatosa müssen zu den leichten gezählt werden. Sie lassen sämtlich eine gute Prognose und rasche Heilung zu. Schwere Erkrankungen, welche sich an Ozaena, Otorrhöe anschliefsen, oder wenn nur einfacher Nasenkatarrh vorangegangen war, durch sehr grofse Zahl der vorhandenen Maden und durch die Unmöglichkeit sie zu entfernen, charakterisiert sind, gewähren eine schlechte Prognose, führen durch septikämisches Fieber und Erschöpfung rasch, oft noch ehe die Maden ausgewachsen und ausgewandert sind, zum Tode. In zwei, von mir genau beobachteten, letalen Fällen hatte Ausbreitung des örtlichen Krankheitsprozesses auf die benachbarten Knochen, Felsenbein, Keilbein, und durch venöse Kanäle in denselben auf die intrakranielle Fläche der Schädelbasis den Tod herbeigeführt.

Aus den meist sehr zahlreichen Eiern, welche ein Fliegenweibchen Gelegenheit hatte im Freien im Schlafe oder trunkenen Zustande des Betroffenen auf ein Hautgeschwür oder eine Wunde oder an die Nasenlöcher oder den äufsern Gehörgang abzusetzen, entschlüpft nach wenigen Stunden, bei heifsem Wetter schon nach einer Stunde, die junge Madenbrut. Die Maden bohren sich alsbald mittels ihrer verhältnismäfsig kräftigen Schlundhaken tiefer ein, so dafs sie bei oberflächlicher Besichtigung trotz ihres engen, herdenweisen Beisammenseins nicht bemerkt werden. Durch den von ihnen abgesonderten Speichel gelingt es ihnen dichtere Inseln des subkutanen Bindegewebes, selbst Fascien, Knochenhaut und Muskulatur zu erweichen und ihrem unausgesetzten Frafse zugänglich zu machen. Die an der Öffnung der Nasenhöhlen und des äufsern Gehörganges ausgeschlüpften

Maden wandern alsbald einwärts in diese Höhlen, durchbohren die durch Katarrh, exsudative Einlagerung oder Eiterabsonderung erweichte Schleimhaut, sind aber auch im stande intakte Stellen derselben zu erweichen, zu durchdringen und zu verzehren. Sind die Larven durch sehr kleine, von der Wirkung des Stechrüssels andrer Dipteren (z. B. Stomoxys calcitrans M.) herrührende Stichkanäle in das subkutane Bindegewebe eingedrungen, so lassen sie das Integument unberührt und unterwerfen das darunter befindliche weichere Gewebe nebst den Gefäfsen ihrem Frafse. Sind die genannten kleinen Öffnungen in der Haut hinreichend, um die den Maden notwendige Atmung zu gestatten, so nimmt man nur geringe Vergröfserung derselben, dabei aber hügelartige Vorwölbung der mit der Öffnung versehenen Hautpartie wahr, während die Umgebung gerötet, wärmer als normal und geschwellt, die Lymphgefäfse entzündet und die benachbarten Lymphdrüsen von entzündlicher Anschwellung befallen erscheinen. Das durch die Haut verdeckte Gebiet der durch die Gefräfsigkeit der Larven verübten Zerstörung der subkutanen Weichteile ist stets bedeutend gröfser, als es zuweilen äufserlich den Anschein hat. Die Larven wandern truppweise oder einzeln immer weiter und verzehren immer mehr von den erreichbaren Weichteilen. Von dem äufsern Gehörgang, dessen Auskleidung sie bis auf den Knochen verzehren oder benagen, dringen sie durch Defekte des Trommelfells in die Paukenhöhle und durch die Tuba Eustachii in den Schlund, wo ihnen eine gröfsere Masse von Weichteilen zu Gebote stehen. In den Nasenhöhlen verzehren sie die Schleimhautauskleidung, selbst den Überzug der Muscheln, des Septum narium und des Vomer, greifen auch wohl knorpelige Partien an. Vom mittleren Nasengange aus dringen sie in das Antrum Highmori, vom hinteren Ende des obern Nasenganges durch die Choanen an die, die untere Fläche des Keilbeinkörpers und der Pars basilaris ossis occipitis überziehende Schleimhaut des Schlundes, an den basalen Teil der Schläfengrube, von da durch die Fissura orbitalis inferior in die Augenhöhle, deren Fettpolster sie so vollständig verzehren, dafs die Augenmuskeln wie präpariert aussehen. Von der Gegend der Choanen aus wird das Gaumensegel angegriffen und verzehrt. Da die Larven bei Möglichkeit

der Wahl die weichen, lockern Gewebe den kondensierten vorziehen, so sehen die ergriffenen Partien wie durchwühlt, unregelmäfsig zernagt und zerklüftet aus. Sie sind stets mit Gewebstrümmern, mit klebriger, graurötlicher oder schmutzig gelblicher Jauche, dem Produkt des Speichels der Larven, der faulenden Weichteile und den Kotmassen der Maden bedeckt und zeigen stets ein mifsfarbiges Aussehen. Zerstörung des Periosts hat Absterben der zarteren dünnen Knochen, wie Vomer und Nasenmuscheln, zur Folge. Da zahllose engere und weitere Lymphgefäfse und besonders venöse Blutgefäfse durch den Frafs geöffnet werden, so ist erklärlich, dafs nicht nur phlegmonöse Entzündung und Lymphangioitis der heimgesuchten Partien und auch der Umgebung schon nach wenigen Tagen sich einstellt, sondern dafs durch Eindringen der putriden, mit Bakterien reich erfüllten Jauche in die offenen Lymphgefäfse und Venen und durch Resorption der Jauche fieberhafte septikämische Allgemeinerkrankung eintritt. Die Ausdünstung, welche diesen Teilen entströmt, ist entsetzlich widerlich, penetrant, wo Absterben der Knochen eingetreten ist, zuweilen betäubend.

Obgleich die Kranken gewöhnlich erst ärztliche Hilfe in einem vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung in Anspruch nehmen, so ist doch der Anfang der letzteren deshalb zu bestimmen möglich, da derselbe durch ein Gefühl von Jucken an der infizierten Stelle sich bekundet. Dadurch konnte ermittelt werden, dafs die Maden 8 bis 10 Tage bis zur Erlangung der Puppenreife bedürfen. In schweren Fällen kann der Tod durch septikämisches Fieber vom 4. Tage ab nach der Infektion eintreten. Eintritt von profusen Blutungen aus den, durch den Frafs geöffneten, Gefäfsen kann sogar schon früher Lebensgefahr herbeiführen.

In meiner vorgenannten Abhandlung habe ich zwei selbst beobachtete letale Fälle von Myiasis angeführt. In dem einen war die Infektion zu Ozaena hinzugetreten (bei einem 11 Jahre alten Mädchen) und der Tod durch Septikämie und Erschöpfung erfolgt. Im 2. Falle (bei einem 13 Jahre alten Knaben) mit rechtsseitiger Otorrhoë und Trommelfelldefekt war septikämisches Fieber, Phlegmone des Felsenbeins und Ausbreitung der Ver-

jauchung durch den Canalis tympanopetrosus auf die intrakranielle Fläche dieses Knochens erfolgt, und fanden sich Gerinnungen im Sinus petrosus superior dexter, Sinus transversus bis zum Torcular Herophili. Ein 3. letaler Fall betraf ein 7monatliches Knäbchen, das an Hydrocephalus chronicus gelitten hatte, und bei welchem derselbe in der Rückbildung begriffen war, als die Infektion mit Myiasis cavarum nasi die Hoffnung auf Heilung vereitelte. Die phlegmonöse Entzündung und Verjauchung ist in diesem Falle von der obern Schlundwand durch 2 Kanäle im Keilbeinkörper, die pathologischen Reste des embryonalen Canalis neurointestinalis, und durch das Infundibulum, dessen hohler Stiel in diesem Falle durch die Glandula pituitaria hindurch mit dem hintern der beiden Kanäle ein Kontinuum bildete, in den 3. Hirnventrikel übergetreten. Ich habe das Präparat in einer der Sitzungen der pathologisch-anatomischen Sektion der Berliner Naturforscherversammlung 7. Sept. 1886 demonstriert.

Von leichten Erkrankungen will ich hier nur die Fälle mitteilen, welche in das engere dermatologische Gebiet gehören.

Der eine dieser Fälle ereignete sich bei einem 61 Jahre alten Beamten in Breslau (Lehmdamm), welcher an einem grofsen und mehreren kleineren, in Heilung begriffenen, Furunkeln im Nacken litt und mehrmals an heifsen Tagen im Juli in seinem Garten geschlafen hatte. Bei Gelegenheit einer solchen Mittagsruhe hatte sich der die Furunkeln bedeckende Verband verschoben und waren die kranken Hautstellen etwa ½ Stunde entblöfst. Schon am Abend desselben Tages und noch mehr in der darauffolgenden Nacht hatte der Kranke an unaufhörlichem, den Schlaf verscheuchendem Jucken in den kranken Hautstellen zu leiden. Am nächsten Tage stellten sich Schmerzen und kleine Blutungen aus denselben ein. Steigerung des Schmerzes bis zur Unerträglichkeit, erneute Geschwulst und Rötung der befallenen Gegend, welche bereits fast verschwunden waren, Hinzutritt einer widerlichen penetranten Ausdünstung aus der kranken Partie, veranlafsten den Hausarzt (Dr. E.) mit mir gemeinschaftlich den Kranken zu untersuchen. Der Erneuerung des unreinen Aussehens der kranken Hautstellen entsprach das Vorhandensein einer sehr grofsen Zahl von Fliegenmaden in der Tiefe. Zuerst entdeckte

ich eine 4 mm messende Larve der Sarcophila Wohlfarti, deren weifsliche Farbe auf gerötetem Grunde sie mir verraten hatte. An diesem (dem 4.) und dem folgenden Tage gelang es mir durch Erweiterung der Höhlungen in der angegriffenen Partie und Bespülung mit empyreumatischem Wasser mehr als 100 Maden von 5 mm Länge zu extrahieren, die sich mit gröfster Beharrlichkeit in ihren Schlupfwinkeln verborgen gehalten hatten. Obgleich durch die Notwendigkeit vieler Einschnitte der Umfang der erkrankten Hauptpartie um das doppelte vergröfsert war, so hörten doch nach Entfernung der Parasiten die Schmerzen auf, und erfolgte ohne weitere Verzögerung die Heilung auf gewöhnliche Weise.

Der 2. Fall ist in der Sitzung des Vereins für innere Medizin am 19. Oktober 1885 von LIPPMANN[4] mitgeteilt worden. Er betraf eine kleine Kopfwunde, welche sich ein Kind zugezogen hatte. Letzteres hatte darauf an einem heifsen Sommertage im Freien geschlafen. Die Mutter bemerkte nach mehreren Tagen eine schlimme Veränderung der Wunde und wandte sich infolge dessen an den Mitteilenden. Die Wunde stellte einen förmlichen Krater dar, die Haut der Umgebung war wallartig infiltriert, und es hatte sich eine mittlere Vertiefung gebildet. Am Rande des Überganges des Walles in die Vertiefung waren 10 runde, etwa 2 mm breite, wunderliche Gebilde zu sehen, die in der Mitte vertieft waren und einen schwarzen Punkt zeigten. „Ich zog mit der Pinzette 10 etwa 15 mm lange, sich lebhaft bewegende Fliegenlarven heraus, nachdem die entsprechenden Vertiefungen am Kraterrand zurückblieben.“ Die Wunde verheilte alsdann sehr rasch. Welcher Fliegenart diese Larven angehörten, ist nicht erwähnt.

Daran schliefse ich einen Fall, bei welchem die Anlockung eines Fliegenweibchens zur Ablegung der Eier nicht durch Katarrh oder eiterige Flüssigkeit oder Wundsekret, sondern durch die Ausdünstung von Menstrualblut bewirkt worden war. Ich verdanke diese Mitteilung Herrn Kreisphysikus Dr. KORNFELD.

---

[4] *Deutsche medic. Wochenschrift.* 1885. Nr. 44 A. pag. 772.

„Ein bis dahin gesundes, kräftiges, 15jähriges Bauernmädchen aus einem Dorfe unweit Lüben in Schlesien arbeitete am 24. Juni 1873 auf dem Felde während ihrer sehr starken Menstruation. Da will sie plötzlich Stiche in der Gegend der Vulva gefühlt haben, wie wenn sie von einer Wespe gestochen worden wäre. Trotz heftigen Juckens und grofser Schmerzen beklagte sie sich erst am 26. Juni bei ihrer Mutter und wurde erst am 27. ärztlich untersucht. Der Arzt in Lüben fand die Schamgegend sehr geschwellt, die Scheidenschleimhaut intensiv gerötet, stellenweise mit weifslichem Belag, Vulva und Umgegend aufserordentlich juckend und schmerzhaft, nirgends aber exkoriiert. Schon an demselben Nachmittage gelang es 36 lebende Maden aus den grofsen Schamlippen, der Umgebung der Klitoris und den nächst angrenzenden seitlichen Weichteilen zu entfernen, welche die Haut durchbohrt hatten und mit der Pinzette gefafst werden konnten."

„Die tiefen, schwarz gefärbten, oberflächlich gangränösen, unterminierten Stellen, der Sitz der Maden, hatten einen oberflächlichen Umfang von $1^1/_2$ qcm, der sich bis zum nächsten Tage noch vergröfserte, an welchem an andern Stellen in der Umgebung auf dieselbe Weise noch 16 Maden zum Vorschein gekommen und herausbefördert worden waren. Ein kleiner Teil der Labia majora mufste wegen Gangrän abgetragen werden. Sonst verlief die Heilung bei nur lokaler Behandlung in kurzer Zeit ohne weitere Störung und ohne üble Folgen."

Dieser Fall hat manches von dem gewöhnlichen Verhalten Abweichende, welches mich vermuten läfst, dafs hier nicht die scheue, den Menschen nur im Schlaf überfallende, Sarcophila Wohlfahrti, sondern irgend eine der gröfseren, ähnlich unsrer Stubenfliege, äufserst zudringlichen Arten der Gattung Sarcophaga, wie etwa S. carnaria L. oder haemorrhoidalis Meg., die Brut abgesetzt hat. Da auf dem Lande vom weiblichen Geschlecht im Sommer nie Beinkleider getragen werden, so stände dann der Annahme von Zugänglichkeit der infizierten Körperpartie für die Annäherung der Fliege am Tage während der Feldarbeit nichts entgegen. Dagegen erscheint bei Vorhandensein von 52 Fliegenmaden in einer wenig umfangreichen Körperpartie die Angabe von Empfindung nur eines Stiches in derselben sehr ungenau.

Aus dem schnellen Wachstum der Maden, aus der Thatsache, dafs sie mit einem, zur Durchbohrung unversehrter Haut geeigneten Gebifs (scharfen Schlundhaken) versehen sein mufsten, um in das subkutane Bindegewebe zu dringen, was bei der jungen Brut der gröfseren Sarcophagaarten, die bekanntlich lebendig gebärend sind, zutrifft, ergibt sich, dafs meine Vermutung gerechtfertigt ist. Dann dürfte nicht ein einzelner Stich, sondern zahlreiche Stiche empfunden worden sein, worüber die geängstigte Kranke sich wohl nicht ganz klar sein mochte. Die sichere Diagnose der Fliegenart wäre zu stellen gewesen, wenn es mir vergönnt gewesen wäre, eine der extrahierten Larven zu untersuchen. Leider aber waren, bevor ich Kenntnis von dem vorstehend skizzierten Falle erhielt, sämtliche Maden an die Tierarzneischule nach Berlin gesandt worden, und konnte ich kein Stück davon zur Ansicht erhalten, so dafs mein Schlufs, dafs hier ein Fall von Infektion mit Maden einer der gröfseren Sarcophagaarten vorliege, zwar wahrscheinlich ist, aber der Bestätigung entbehrt.

Aus meinen Untersuchungen der übrigen, besonders die Nasenhöhlen und den äufseren Gehörgang betreffenden Fälle geht hervor, dafs es hauptsächlich Sarcophila Wohlfarti P. ist, deren Larven als Parasiten beim Menschen in Europa auftreten. Aus vorstehend skizziertem Falle dagegen ergibt sich, dafs zuweilen, und dann stets unter abweichenden Umständen, auch durch Larven von Sarcophagaarten Myiasis beim Menschen erzeugt wird. Aus meinen Erfahrungen geht, wie aus denen Portschinskys hervor, dafs Sarcophila Wohlfahrti P. sich nur im Freien aufhält, nie in menschliche Wohnungen kommt und so scheu ist, dafs sie sich dem Menschen nur im Schlafe nähert. Aufserdem habe ich die Larve dieser Fliege einige Male in Hautgeschwüren bei Ziegen in Krain, bei Hornvieh in Schlesien, bei Hammeln und Pferden auf der Insel Sylt angetroffen. Die geographische Verbreitung dieser gefährlichen Fliege ist eine sehr grofse. Aus fast allen Gegendenden Deutschlands und mehreren Ländern Europas habe ich beim Menschen aufgefundene Larven dieser Art erhalten. Am meisten scheint der Norden Rufslands heimgesucht zu sein. In Frankreich, woher ich noch nie Larven dieser Fliege erhalten

habe, ist dieselbe nach den Mitteilungen von P. MÉGNIN[5] bei Haustieren sehr häufig und wurde von demselben mehrmals aus den Maden erzogen, welche aus den infizierten Körperpartien derselben abgegangen waren. MÉGNIN hat Larven auch beim Menschen gefunden, welche denen der Sarcophila glichen, jedoch noch nicht Gelegenheit gehabt, persönlich die Fliege daraus aufzuziehen, glaubt aber: „que l'immense majorité des cas de Myiasis cutanée ... doivent être mis sur le compte de la Sarcophila Wohlfahrti ... Il y a donc lieu de compter avec ce parasite à l'avenir."

Die Beobachtungen über Myiasis externa in Amerika gewähren hohes Interesse, obgleich von autoptischer Untersuchung der häufigen letalen Fälle nur äufserst spärliche, sehr ungenaue und lückenhafte Angaben in medizinischen und zoologischen Zeitschriften vorliegen, und die leichteren, der Myiasis dermatosa zugehörigen, Erkrankungen stets nur einer kurzen Erwähnung gewürdigt werden, nirgends aber von Ergebnissen sorgfältiger Untersuchung der angegriffenen Körperpartie die Rede ist. Gesamtwesen, Verlauf, Ausgänge, sowie Beziehung zur Allgemeinerkrankung der Betroffenen weichen von dem pathologischen Charakter, welchen die Myiasis externa in Europa zeigt, nicht ab. Dies ist aus doppeltem Grunde bemerkenswert. Zuvörderst ist die Fliegenart, deren Larven die Infektion verursachen, eine andre als die in Europa beobachtete, nämlich Compsomyia macellaria Fabr., welche von den verschiedenen Beobachtern Calliphora infesta Philippi[6], Calliphora anthropophaga Conil, Lucilia hominivorax Coquerel[7] benannt worden ist. Sodann gehört diese gefährliche Fliegenart einer andren Unterfamilie, nämlich den Muscinen an, während die europäische Sarcophila Wohlfahrti P. zu den Sarcophaginen zählt. Beide Familien sind nicht nur morphologisch, sondern auch biologisch in allen Himmelsstrichen voneinander

[5] *Les parasites et les maladies parasitaires* etc., par P. MÉGNIN. Paris 1880. pag. 44—46.

[6] Beschreibung einer Fliege, deren Larven in der Nase und den Stirnhöhlen einer Frau gelebt haben. *Giebels Zeitschrift f. d. ges. Naturwissenschaften.* 1861. Bd. XVII. pag. 513.

[7] Note sur des larves appartenantes à une espèce nouvelle de diptères développée dans les sinus frontaux de l'homme à Cayenne. *Annales de la Société entomol. de France.* Sér. III. T. 6. pag. 71—176. Description de la larve Sér. III. 1859. T. 7. pag. 233—273. Fig.

verschieden, was sich hier für die Häufigkeit der Erkrankungen belangreich erweist. Compsomyia macellaria F. ist nach den Schilderungen der Beobachter nicht nur weniger scheu als Sarcophila Wohlfahrti P., sondern sogar zudringlich nach Art der Stuben- und Schmeifsfliegen, ihrer Verwandten. Sie bleibt nicht nur menschlichen Wohnungen nicht fern und dringt in Villen und Landhäuser, sondern überfällt sogar ihre Schlachtopfer, ohne deren Schlaf abzuwarten. Obgleich auch diese Art eine gewisse Vorliebe für katarrhalisch- oder eiterig-affizierte Nasenhöhlen und äufsere Ohrgänge, sowie für geschwürige oder verwundete Körperteile zeigt, ja selbst exulcerierte Hautkarcinome (Dr. Lutz) nicht verabscheut, so gehört es doch nicht zu den Seltenheiten, dafs sie in die genannten Höhlen eindringt, um schnell ihre Eier abzusetzen, ohne dafs diese Partien vorher pathologisch affiziert waren. Ungemein interessant sind darüber die Berichte von Conil[8], in denen diese Fliege den Namen Calliphora antropophaga führt. Ebenso soll das weibliche Geschlecht zur Zeit der Menstruation gefährdet sein, da dann die Fliege die Schamgegend heimsucht. In meiner früher erwähnten Arbeit über Fliegen als Parasiten und Schädlinge des Menschen habe ich über einige letale Fälle aus amerikanischen Zeitschriften berichtet.[9] Mehrere dergleichen und ein leichter Fall werden von Conil[10] veröffentlicht, dem es,

---

[8] Lesbini, Weyenberg et Conil. *Études sur la Myiasis.* Buenos Aires 1878. Avec 4 planches. — *Actas de Academia Nacional de Ciencias* T. III. Buenos Aires 1879.

[9] *Psyche.* Cambridge, Massachusetts. U. S. of America. Vol. IV. Nr. 3. 1883. — *Medical Monthly.* Februarheft 1883.

[10] *Periodigo zoologico de la Sociedad zoologica Argentina.* T. III. Entrega 2 y 3. Cordova 1880. — Nouveaux cas de Myiasis observés dans la province de Cordova (Republique Argentine) et dans la republique de Vénézuela, par P. Auguste Conil. *Archiv de Zoologie expérim.* T. 9. 1881. Darin berichtet pag. 296 Conil über einen leichten Fall von Myiasis dermatosa: Ein junger französischer Kaufmann konsultierte Dr. P. Medina, einen Universitätsfreund Conils, wegen eines grofsen Tumors an der linken Seite des Hinterhaupts. Derselbe bildete eine ovale Geschwulst von 6 cm Länge und fast 4 cm Breite und fühlte sich elastisch an. Der mit der Natur derartiger Geschwülste bei sonst gesunden Menschen vertraute Arzt stellte alsbald die Diagnose auf „Gusanera", eine in der Landessprache übliche Bezeichnung einer Form der integumentalen Myiasis. Die Geschwulst wurde geöffnet und daraus 200 lebende Maden entleert. Da Medina nicht glaubte, dafs letztere irgendwelches medizinische Interesse darböten, so wurden sie sämtlich vernichtet, ohne dafs der Arzt auch nur eine für spätere Untersuchung aufbewahrte.

sowie meinem Freunde Dr. LUTZ in Brasilien gelungen ist, aus den vom Menschen stammenden, ausgewachsenen Maden die Fliegen in beiden Geschlechtern zu erziehen, welche in einer der Sitzungen der pathologisch-anatomischen Sektion der Berliner Naturforscherversammlung von mir demonstriert worden sind. Zeitdauer der Larvenentwickelung im Menschen bis zur Erlangung der Puppenreife und Dauer der Puppenruhe bis zur Entfaltung der Fliege aus der Puppe stimmt mehr mit der Entwickelung unsrer europäischen Muscinen als mit der von Sarcophila Wohlfahrti P. überein. — Die geographische Verbreitung ist eine ungeheure, von Argentinien über Kanada hinaus.

Eine eigentümliche Form parasitärer Hauterkrankung findet bei den Einwohnern am Senegal und einiger benachbarten Gebiete im westlichen Afrika statt. Sie wird durch die Maden einer Fliegenart verursacht, welche BLANCHARD als Ochromya anthropophaga beschrieben hat. Die Weibchen dieser Fliegenart sind mit einem hornigen, spitzen Legestachel versehen, womit sie, wie die Schlupfwespen, das Integument der Raupen, die Haut von Menschen und Säugetieren zu durchbohren und ihre Eier in das subkutane Bindegewebe zu schieben vermögen. Die Öffnung in der Haut ist kaum wahrnehmbar, genügt aber, um den Atemprozefs der Maden zu ermöglichen, und befindet sich nach einiger Zeit auf dem Gipfel ein kleines Hügelchen. In jedem Hügelchen befindet sich nach Art der von Östridenlarven verursachten Dasselbeulen nur je eine Made. Die Maden wachsen anfangs, wie die Östridenlarven, sehr langsam, später viel rascher und gehen nach Erlangung der Puppenreife durch Erweiterung der ursprünglichen Stichöffnung ab. Obwohl die Haut der Hügelchen nur wenig gerötet ist, sollen die Beschwerden, welche die Maden verursachen, verstärkt durch ungünstiges Klima, entsetzliche sein. BÉRANGER FÉRAND[11], welcher darüber die ersten Nachrichten veröffentlicht hat, gelang es aus den spontan abgegangenen, erwachsenen Maden die Fliege zu erziehen. Die geographische Verbreitung dieser Fliegenart scheint beschränkt zu sein.

(Fortsetzung folgt.)

[11] BÉRANGER FÉRAND. *Recueil de memoires de médecine e. c. militaire.* T. 28. 1872. pag. 622.

Referate.

Über Syphilis- und Smegmabacillen, nebst Bemerkungen über die färberischen Eigentümlichkeiten der Smegma- und Tuberkelbacillen, von Dr. Heinrich Bitter in Osnabrück. (*Virchows Archiv.* Bd. 106.)

Nach Zusammenstellung der bis jetzt bekannten Arbeiten über Syphilis- und Smegmabacillen und deren Färbungsmethoden (conf. meine Referate im 1. und 6. Heft des Jahrganges 1886 dieser Zeitschr.) kommt Verfasser zu dem Schlufs, dafs er acht Formen von Bacillen bei syphilitischen Affektionen und im Smegma gefunden hat und beschreibt dieselben folgendermafsen: Die erste Form der im Sekret breiter Kondylome und im Smegma vorkommenden und in der Farbenreaktion dem Lustgartenschen Bacillus gleichenden Bacillen ist die, deren Repräsentanten auch in der Form mit dem Lustgartenschen Bacillus übereinstimmen. Diese Form kann auf breiten Kondylomen ungemein reichlich sein, ja so vollständig über alle andern Formen prävalieren, dafs man kaum einen einer andren Form angehörenden Bacillus auffindet. Diese Bacillen liegen entweder unregelmäfsig verstreut, oder aber in eigentümlich verschlungenen Klumpen oder vielmehr Ringen. Dieselbe Form findet sich zwischen den Zotten der spitzen Kondylome und im Smegma. In einem Falle von breiten Kondylomen des Penis fand sich im phimotischen Präputialsack reichliches smegmaartiges Sekret. Dasselbe enthielt ungemein reichliche Bacillen, die an Form und Dicke mit der Form 1 übereinstimmten, dagegen mit Gentianaviolett sehr blafs gefärbt wurden, während sie bei Färbung mit Karbolfuchsin während weniger Minuten und nachheriger Anwendung des Lustgartenschen Verfahrens intensiv gefärbt blieben. Dieselbe merkwürdige Thatsache fand B. bei den gleichgeformten Bacillen, wie sie im Präputialsack jüngerer Leute mit geringfügigen papillomatösen Wucherungen an der Corona glandis öfters gefunden werden. Haufenbildung war auch in diesen Fällen, trotz ungeheurer Anzahl der Bacillen, nicht vorhanden. — 2. Form. Besonders im Smegma aus dem Präputialsacke kommen Bacillen vor, die ungefähr die doppelte Länge haben, wie Tuberkelbacillen, jedoch feiner sind und aalartig gewunden. Manchmal gelingt es bei genauer Betrachtung nachzuweisen, dafs es sich um zwei vor einander liegende gebogene oder S-förmige Stäbchen handelt. Im Präputialsack älterer Leute, in dem sich eine grofse Menge mehr trockenen Smegmas angehäuft hatte, fanden sich diese Gebilde oft mit Gentianaviolett blasser gefärbt. Dieselben erschienen weit graciler als die Repräsentanten der Form 1, der die kürzeren Stäbchen sonst glichen. Die Bacillen waren fast ohne Haufenbildung in ungeheurer Menge in jedem Gesichtsfelde verstreut. Es ist leicht denkbar, dafs es sich um eine von der Form 1 differente Art handelt. — Eine 3. Form, welche sich sowohl auf breiten Kondylomen, als auch vorzüglich im Smegma der Weiber, in letzterem oft vorwiegend, findet, sind Bacillen von etwa 4—6 μ durchschnittlicher Länge, etwa $^1/_2$ mal so dick wie Tuberkel-

bacillen, entweder gerade oder leicht gebogen. Dazwischen kommen Stäbchen von derselben Dicke, aber nur etwa $1^1/_2$—2 μ Länge ziemlich reichlich vor. Bei dieser Form kann man zweierlei Arten von Sporenbildung beobachten. In einem Falle finden sich Sporen nur an einem Ende des Stäbchens, das dann an dieser Stelle etwas knopfförmig aufgetrieben erscheint. Im andren Falle finden sich in der ganzen Länge des Stäbchens Sporen, jedoch sind die betreffenden Stellen nicht aufgetrieben. Die sporentragenden Stäbchen wurden bisher nur in ganz wenigen Fällen beobachtet, und waren in diesem Falle fast alle Stäbchen der Form 3 sporentragend. — Eine 4. Form sind ganz kurze Stäbchen etwa von der Dicke der Tuberkelbacillen, oder etwas feiner, etwa 3—4 mal so lang wie breit. Sie finden sich sowohl im Smegma der Männer, wie der Weiber. Sie kommen dort oft in kolonienartigen Ansammlungen vor und zeigen untereinander leichte Differenzen in der Dicke. Einmal fand B. sie im Sekret von breiten Kondylomen zu dicken zooglöaartigen Klumpen zusammengeballt, so dafs man nur an den Rändern der Haufen erkennen konnte, dafs diese Klumpen überhaupt aus Bacillen bestanden. — Eine 5. Form sind feine, meist halbtuberkelbacillenlange Stäbchen, die entweder gerade oder leicht gebogen sind und im letzterem Falle oft eine auffallende Ähnlichkeit mit den sogenannten Kommabacillen besitzen. — Eine 6. Form, die sich nur im Vulvarsmegma finden soll, sind dicke Stäbchen mit scharf abgeschnittenen Ecken. Ihre Länge schwankt bedeutend. Von solchen, welche etwa viermal so lang sind, wie breit, kommen alle Zwischenstufen bis zur Bildung von kurzen Fäden vor. Die Stäbchen sind entweder gerade oder leicht gebogen, oder geknickt, oder auch schwach S-förmig. Die Fäden zeigen unregelmäfsige Krümmungen und Knickungen. Die Dicke der Stäbchen ist ungefähr so grofs oder etwas gröfser wie bei Milzbrandbacillen in Kulturen. Sie sind fast in allen Exemplaren reichlich sporentragend. Manchmal findet man kurze Fäden, die an einem Ende reichlich Sporen tragen und hier dicker erscheinen, als am andren, nicht sporentragenden Ende. — Die 7. Form ist ein Bacillus von derselben Dicke wie der vorige, jedoch meist kurz mit abgerundeten Ecken. Man beobachtet diese Form in ganz vereinzelten Exemplaren im Smegma und auf breiten Kondylomen. Sporenbildung wurde bei ihm nicht gesehen. — Die 8. Form ist ein ovoides Gebilde, im gröfsten Breitendurchmesser etwa von der Dicke der vorigen Bacillen, von dem man zweifelhaft sein kann, ob man es als Stäbchen oder als Kokkus bezeichnen soll. Es liegt entweder vereinzelt oder zu zweien nach Art eines Diplokokkus (oo) oder auch zuweilen in kleinen Häufchen. Es hält der Lustgartenschen Methode gegenüber oft von allen Formen den Farbstoff am längsten fest. — Wenn auch der Formenreichtum der auf breiten Kondylomen und im Smegma vorkommenden nach der Lustgartenschen Methode gefärbt bleibenden Bacillen noch nicht vollständig erschöpft ist, indem zwischen den einzelnen Formen Übergänge vorkommen, so wird man doch die grofse Menge der Bacillen bei irgend einer Nummer des Schemas unterbringen können. Was die Lagerung der Bacillen betrifft, so fand B.

dafs besonders im Smegma, aber auch auf breiten Kondylomen, oft ebensoviel und mehr Bacillen unabhängig von den Epithelzellen nur zwischen Kokken liegend vorkommen, als solche auf den Epithelien. Verfasser beschreibt dann ausführlich alle Färbemethoden, von der Lustgartenschen an bis zu allen verschiedenen Kompositionen, und fand, dafs die sämtlichen färberischen Eigentümlichkeiten, die für die Lustgartenschen Bacillen gelten, auch für die Smegmabacillen Anwendung finden. Es schien also keine Möglichkeit vorzuliegen, Syphilisbacillen und Smegmabacillen in tinktorieller Beziehung voneinander zu unterscheiden. Lustgarten hatte angegeben, dafs sich seine Bacillen in Säuren rasch entfärben. Deshalb suchte B. zu ermitteln, ob nicht Smegmabacillen den Säuren gröfseren Widerstand entgegensetzten als die Lustgartenschen Bacillen, und kam zu dem Ergebnis, dafs einzelne Formen eine enorme Widerstandskraft selbst gegen sehr starke Säuren besitzen. Aus einer grofsen Reihe von Versuchen an einem sehr reichlichen Vulvarsmegma ging hervor, dafs die Smegmabacillen mit sehr grofser Energie den einmal aufgenommenen Farbstoff festhielten. Der gröfste Teil der Bacillen blieb bis zu etwa zehn Minuten langer Einwirkung der Säure gut gefärbt, dann waren bis zu etwa fünfzehn Minuten die gefärbten Bacillen immer noch reichlich, während sie von da ab immer seltener wurden, aber selbst nach zwanzig Minuten langer Dauer der Säureeinwirkung nicht vollständig fehlten. Die Formen der Bacillen, die trotz Säureeinwirkung gut gefärbt blieben, waren meistens mit der oben als Form 3 und 4 beschriebenen übereinstimmend. Was die Untersuchung des Sekretes von breiten Kondylomen anbetrifft, welches die Form 1 reichlich und fast ausschliefslich enthält, so zeigten in derartigen Präparaten die Bacillen eine gröfsere Empfindlichkeit gegen die Säuren. Schon nach einer Minute war ein grofser Teil der Bacillen entfärbt. Aus allen Versuchen ging hervor, dafs im Genitalsmegma männlicher und weiblicher Personen Bacillen vorkommen, welche sich bei Anwendung des Ehrlichschen Verfahrens ähnlich verhalten, wie die Tuberkelbacillen. Welche von beiden Bacillenarten, Tuberkelbacillen oder Smegmabacillen, die gegen Salpetersäure widerstandsfähigste sei, ist nicht ganz leicht mit Bestimmtheit zu sagen, doch ergab sich, dafs die Smegmabacillen eine sprungweise Entfärbung zeigten. Bei Anwendung von gekochtem Vesuvin waren die Tuberkelbacillen nicht mehr zu entdecken, während die Smegmabacillen dunkelbraun wurden. Ein letzter Punkt, der Tuberkel- von Smegmabacillen unterscheiden soll, ist die verschiedene Toleranz, welche beide Bacillenarten nach Entfärbung der Präparate mit Salpetersäure gegen Alkohol absolutus haben sollen. Sowohl Alvarez und Tavel, als auch Klemperer gaben an, dafs Smegmabacillen bei dieser Behandlung fast momentan entfärbt werden, während Tuberkelbacillen, ohne an ihrer Farbe Schaden zu nehmen, längere Zeit den Alkohol vertragen. B. hat dasselbe konstatieren können, doch hat er auch manchmal Dinge gesehen, welche in der Verwendung dieses differentialdiagnostischen Moments zur Vorsicht mahnen. Er fand, dafs unter Umständen Smegmabacillen

dem Alkohol einen ziemlich grofsen Widerstand entgegensetzen, in der Regel aber durch ihn sehr rasch entfärbt werden. Aber auch Tuberkelbacillen scheinen nach der Salpetersäureeinwirkung empfindlicher gegen absoluten Alkohol zu sein, als man wohl anzunehmen geneigt ist.

Berlin. L. Hoffmann.

Ein Fall von Polypen der Harnblase auf endoskopischem Wege diagnostiziert und operiert, von Dr. J. Grünfeld, Wien.

Grünfeld hat bisher sein Endoskop in geschlossenem Zustande durch die Harnröhre geführt. Daneben noch andre Instrumente einzuführen war sehr schwierig. Eine Verbesserung der Technik wurde durch Anwendung offener Endoskope erzielt. Mit einem solchen sah Grünfeld in der Blase einer an Blutharnen leidenden Frau einen polypösen Tumor, dessen Gröfse durch verschiedene Einstellungen des Instrumentes auf 3—4 cm abgeschätzt wurde. In einer Reihe von Sitzungen vom 25. Juli bis 5. August wurde der Tumor mit dem Schlingenschnürer abgetragen, z. Teil durch das Endoskop mit dem scharfen Löffel abgekratzt. Am 13. August wurde zur Kontrolle in Narkose die Harnröhre erweitert und durch Digitaluntersuchung allseitige Glätte der Blasenwand konstatiert. Grünfeld gedenkt nach einiger Übung die Operation auch beim Manne ausführen zu können.

Altona. Appel.

Chrysarobinconjunctivitis, von Stocquardt. (*Archives mensuelles de Médecine et de Chirurgie pratiques.* 1886. Nr. 3.)

Im Gegensatz zu Trousseau (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1886. Mai) glaubt St., dafs die Chrysarobinconjunctivitis nicht durch Absorption des Chrysarobins hervorgerufen wird, sondern durch einfachen Kontakt dieses Medikamentes mit der Bindehaut.

Trousseau sagte:

1. Eine Übertragung des Chrysarobins mittels der Hände liefs sich in den zur Beobachtung gekommenen Fällen nicht nachweisen.
2. Die im Gesichte erkrankten Patienten scheinen nicht im höheren Mafse Gegenstand dieser Affektion zu sein, als die am Rumpf und den Extremitäten befallenen.
3. Die Affektion neigt zu Recidiven.
4. Sie ist im allgemeinen doppelseitig.
5. Sie erscheint wenige Stunden nach der Applikation des Medikamentes.

An der Hand eines eklatanten Falles weist St. die Unhaltbarkeit obiger Thesen auf und bemerkt, dafs die Affektion wohl nur durch direkte Berührung der Bindehaut mittels eines mit Chrysarobinsalbe behafteten Körper-

teiles oder Gegenstandes hervorgerufen wird. (Durch Tragen von Handschuhen etc. wurde die Conjunctivitis vermieden.)

Bei Stellen mit langen Haaren, wie z. B. dem Haupthaar, wird man mehr Vorsicht anwenden, um die Nachbarschaft vor der Berührung zu schützen, z. B. durch Bedecken des Chrysarobintraumaticins mit einer Schicht Zinkoxydglycerinleim. Nur durch derartige Schutzmittel wird man diese Conjunctivitis vermeiden können.

Betreffs des doppelseitigen Auftretens der Chrysarobinconjunctivitis läfst sich bemerken, dafs dieselbe in dem betr. Falle allerdings eine doppelseitige war, allein es war das eine Auge viel stärker befallen und heilte auch viel früher ab als das andre. [Von den vielen Fällen, die Ref. zu behandeln hatte, war die Chrysarobinconjunctivitis nur sehr selten eine zweifache, es liefs sich meist als Ursache eine Berührung des Auges mit einem eingesalbten Finger nachweisen.]

Nach Trousseau soll die Affektion innerhalb weniger Stunden nach Applikation des Medikamentes auftreten; in dem von St. citierten Falle trat sie erst 48 Stunden später auf, und die Recidive wurden vermieden, nachdem Pat. Handschuhe über die eingesalbten Hände gezogen hatte.

Zum Schlufs bespricht Verf. noch die Untersuchungen Fourniers über die Resorption der Chrysophansäure und die innerliche Darreichung nach Napier. Der letztere hat mit der internen Behandlung zweier Fälle von Psoriasis in der That eine Heilung erlangt.

Die Verdunstung des Chloroforms ist ohne Einflufs auf die Bindehaut, denn sonst müfste jeder Pat., der sich einer Chloroformnarkose unterzogen, auch eine doppelseitige Conjunctivitis acquiriert haben.

P. Taenzer.

Über Filaria sanguinis (Wucherer), von Dr. Emile Giraud. (*Thèse de Bordeaux.* 1886.)

Der Akademie von Rio de Janeiro wurde im Jahre 1835 das gleichzeitige Vorkommen von Chylurie und Erysipel sowie von Erysipel und Hämaturie berichtet. Bilharz entdeckte 1857 in Ägypten das Distomum haematobium in der Blase von Patienten, welche an Hämaturie litten. Im Jahre 1864 fand John Harley am Kap den Nematoden von Bilharz bei einem an Hämaturie Leidenden der Kapstadt. Im Jahre 1866 fand Otto Wucherer in Bahia in dem chylösen Koagulum eines an Hämatochylurie Leidenden die Embryonen eines bis dahin unbekannten Nematodenwurmes. Im Jahre 1870 beobachtete Crevaux einen Hämatochyluriker, in dessen Urin er die Filaria Wucherers entdeckte. Er machte darüber seine Doktordissertation. Cobbold in Natal entdeckte im Urin eines Hämatochylurikers die gleichzeitige Anwesenheit von Bethazia haematobia und der von Wucherer beschriebenen Filaria. Zur selben Zeit fanden englische Ärzte, Richard Lewis und Cunningham in Kalkutta, diese Filarien in dem Blute

eines an chronischer Diarrhöe leidenden Negers. Lewis fand dieselben Nematoden im Urin, im Blut, in den Thränen und den Sekreten der Meibomschen Drüsen. In Frankreich erkannte Ch. Robin 1873 dieselben Entozoen in einer Portion Urin, welche ihm von Réunion geschickt war. Lewis ging weiter; er berichtete zum ersten mal über das gleichzeitige Vorkommen von Elephantiasis und Hämatochylurie bei demselben Individuum. Er konstatierte die Gegenwart derselben Entozoen im Blute, im milchigen Urin und in der den elephantiastischen Tumoren entstammten Lymphe. Im Jahre 1874 fand Soussino den Nematoden Wucherers in dem Blute eines 15 Jahre alten Hämaturikers sowie bei einem an Elephantiasis der Genitalien leidenden Neger. Winkel konstatierte in demselben Jahre die Gegenwart eines Nematoden in einem ascitischen Erguſs bei einer Frau aus Surinam. Cauvet, Oberapotheker der Armee, fand die Filaria in dem Urin eines an intermittierender Hämaturie leidenden Arabers. Im Jahre 1877 berichtete Felicio dos Santos aus Brasilien, daſs er die Filaria Wucherers bei einer Elephantiasis des Skrotums und bei einer solchen des Beines im Blute gefunden habe. In China fanden Patrick Manson und O. Neill diese Filarien lebend in Fällen von elephantiastischem Lymphskrotum, lymphatischen Varicen und von Craw-Craw. Im Jahre 1876 berichteten Chassaniol und Guyot von der Anwesenheit der Filaria Wucherers in einem Falle von chylöser Hämaturie.

Lewis in Kalkutta und Silvo Aranjo in Bahia trafen sie zum ersten mal in einem Klumpen geronnenen Blutes, welches aus einem lymphangiektatischen Skrotum stammte bei einem Kranken, der an Hämatochylurie, an Lymphskrotum und an Craw-Craw litt. Darauf stellte Dr. Stephen Mackenzie in London einen Patienten vor, welcher an Hämatochylurie mit Filarien litt, und bei dem die mikroskopische Untersuchung die Gegenwart sehr lebendiger Filarien ergab. In Frankreich stellte Dr. Nielly 1882 der Akademie ein Kind vor, welches an einer durch Filarien bedingten Wasserpocken ähnlichen Krankheit litt, und bei dem er einen Nematoden fand, welcher dem von Wucherer ähnlich war.

Nach diesem historischen Teil entwickelt der Verf. die Naturgeschichte der Filaria und berichtet seine eignen Beobachtungen. Er kommt alsdann zur Besprechung der verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Affektion. Die parasitäre Theorie bezieht die Hämatochylurie, die Elephantiasis, Lymphangitis und Lymphangiektasien auf die Gegenwart der Filarien im Blut und erklärt die Phänomene allein und ganz einfach durch einen mechanischen Effekt. Die physiologische Theorie gibt diesen Krankheiten verschiedene Ursachen, da sie auf die Ernährung im allgemeinen einwirkt und so bald dieses bald jenes Gewebe oder Organ befällt. Wo liegt die Wahrheit? Spätere Forscher werden es uns lehren. Jedoch kann sich der Autor die Bemerkung nicht versagen, daſs man die Elephantiasis nicht als eine aus rein mechanischen Effekten hervorgegangene Krankheit ansehen kann. Nach der parasitären Theorie wirkt die Filaria

nur so, dafs sie Ektasie der Blut- und Lymphgefäfse hervorbringt. Aber es ist doch bei Elephantiasis eine Veränderung des ganzen Zellgewebes einer Partie mit chronischer Entzündung vorhanden, deren Sitz alle von Elephantiasis ergriffenen Punkte sind von der Epidermis bis aufs Periost. Ebenso ist es mit den Lymphangitiden: es handelt sich nicht blofs um einfache Erweiterung der Gefäfse sondern um das Hinzutreten von Gangrän und von reichlichen Eiterungen mit tödlichem Ausgange.

Der Verfasser fragt sodann, ob diese verschiedenen Krankheiten nicht eine höhere Ursache hätten, und ob sie nicht vielleicht das Resultat einer anomalen Funktion des Nervensystems seien, ebenso wie durch die Dissertation von ARNOZAN nachgewiesen ist, dafs Hämorrhagien allein durch den Einfluſs des Nervensystems verursacht werden können, was auch die Arbeiten von Prof. LELOIR (1875—1881) bewiesen haben.

Lille. A. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. APPEL, Altona.)

Bemerkungen über die die Haut penetrierenden Parasiten in den Tropen und besonders am Senegal, von Dr. CH. CHARPOT. (*Thèse de Bordeaux.* 1886.)

Die Hautparasiten haben von jeher die Aufmerksamkeit der Marineärzte besonders in den Tropen erregt. Dr. CARPOT hat während eines Aufenthaltes von 32 Monaten am Senegal das Glück gehabt, mehrere mit diesen Parasiten behaftete Menschen kennen zu lernen. Die Anatomie der Parasiten und die Beschreibung der durch sie verursachten Symptome bilden den Gegenstand seiner Inauguraldissertation.

Unter den Astriden, welche sich auf der menschlichen Haut niederlassen, trifft man in den Tropen:

1. Le ver mercaque, die Larve von Dermatobia noxealis (J. GOUDOT). Man trifft ihn am Senegal. Er wurde im Jahre 1748 durch Pater JOSEPH GUMELLA studiert, welcher ihn in seiner Geschichte des Orinoko unter dem Namen Gusano del monte beschrieb.

2. Die Larve von Cuterebra noxealis, studiert von Dr. POTADA ORANGO.

Diese beiden Astriden verursachen dem Kranken zuerst Jucken, dann einen leichten Schmerz am Punkte des Einstichs, welcher allmählich verschwindet. Es bildet sich sogleich eine kleine furunkulöse Beule, im Zentrum von einer kleinen Öffnung durchbohrt, aus welcher sich etwas Serum entleert. Der Schmerz ist intermittierend und macht sich besonders morgens und abends bemerkbar. Sehr selten sind Fieber und entzündliche Folgezustände.

3. Le ver de Cayor, von BÉRANGER-FÉRAND bestimmt, bewirkt beim Menschen entzündliche Anschwellungen analog denen, welche durch die beiden vorhergehenden Parasiten hervorgebracht werden, welche jedoch bisweilen das Volumen eines Anthrax erreichen hönnen.

Bei der Behandlung kann man alle bekannten Parasiticiden gebrauchen. Sie genügen, die Entwickelung des Parasiten zu verhindern, welchen ein seitlicher Druck dann ganz entfernt.

Unter den stechenden Fliegen, welche die Tropen beunruhigen, kann der Stich der „Simulies“ und der „Cousins“ der Ausgangspunkt eines phagedänischen Geschwürs oder jeder andren Komplikation sein, wie Erysipel, Phlegmone etc. Am Senegal durchläuft der Stich drei wohlgetrennte Phasen. Nämlich zuerst eine einfache Röte mit wenig Jucken; dann bildet sich eine Induration und man beobachtet eine ziemlich voluminöse Papel, umgeben von einer entzündlichen Zone. Schliefslich verwandelt sich die Papel in Pusteln und der Schmerz wird unerträglich.

Der Sandfloh, pulex penetrans, von der Ordnung der Aphanepteren, dringt im Niveau der untern Fläche der grofsen Zehe in die unter dem Nagel befindliche Furche oder begibt sich in die Interdigitalfalten bald mit Hilfe von Kleidungsstücken, bald durch Vermittelung von Haustieren. Die dadurch verursachte Krankheit bietet drei Stadien: Die Invasionsperiode ist durch Jucken charakterisiert, welches von einem dumpfen Schmerz gefolgt wird. Später werden die Schmerzen reifsend und machen das Gehen sehr schmerzhaft. Die entzündliche Periode entspricht einem kleinen Tumor, in welchem der Sandfloh eingeschlossen ist. Im Zentrum dieses Tumors bemerkt man einen schwarzen Punkt und ganz herum einen transparenten Kreis, welcher die Gegenwart einer serös-eiterigen Flüssigkeit anzeigt, die aber bald eiterig wird, wenn der Entzündungsprozefs intensiv geworden ist. Die Eiterungsperiode entspricht der Ausstofsung der Eier und stellt eine Onychia ulcerosa und ein Ulcus phagedaenicum vor.

Die Milben verursachen in den Tropen viel schwerere Zufälle als in gemäfsigten Zonen wegen der energischen Hautthätigkeit. Der Holzbock bewirkt gleich nach dem Eindringen in die Haut leichtes Jucken. Wenn er das Maximum seiner Entwickelung erreicht hat, präsentiert er sich in Form eines linsengrofsen, bleifarbigen Tumors. Beim Zufühlen ist die Anschwellung feucht und kalt, schwer zu umgrenzen und ist der Sitz unerträglicher Schmerzen. Acarus oder Sarcoptes scabia bewirkt bei Negern einen sofort viel schwereren Ausbruch und hat viel heftigere und persistentere Hautläsionen (Blasen- und Pustelbildung) im Gefolge als bei Europäern, gerade wegen der Konstitution der Haut und wegen der klimatischen und sanitären Verhältnisse, in welchen die Schwarzen sich gewöhnlich befinden. Es gibt noch eine parasitäre Erkrankung, le Larbisch, welcher Dr. Carpot ein besonderes Studium widmet. Die Bezeichnung kommt von dem Worte yoloff, was soviel wie Jucken bedeutet. Sein Auftreten ist ein plötzliches; der Kranke wacht mitten in der Nacht durch Jucken auf, welches ihn am weiteren Schlafe verhindert. Am Morgen bemerkt man einen geraden, roten, leicht entzündlichen Strich von ca. 2 cm Länge. Am Ende desselben ist eine kleine Blase, der Sitz des Juckens. Am nächsten Tage ist der Strich doppelt so lang, gekrümmt und empfindlich. Wenn man darauf einschneidet,

entleeren sich einige gelbliche Körner, welche in Serum schwimmen. Eine parasitäre Behandlung führt in kurzer Zeit zur Heilung.

Dr. CARPOT bespricht zum Schlusse seiner Arbeit die Filaria medinensis oder Fadenwurm. Dieser Parasitverkündet seine Anwesenheit durch ein anfänglich leichtes, später unerträgliches Jucken. Sitzt der Parasit oberflächlich, so gleicht die befallene Partie einer varikösen Vene, ohne ausgesprochene Entzündung. Ist er ins Zellgewebe gedrungen, so sind die Entzündungserscheinungen intensiv, und der Schmerz ist mehr oder weniger lebhaft. Wenn die Filaria neben einem Gelenk sitzt, so kann die Anschwellung und Entzündung die Bewegungen genieren oder sogar verhindern. Im weiteren Verlaufe bildet sich ein Bläschen, aus welchem der Wurm entschlüpft, und damit ist die Krankheit zu Ende. Wenn die Filaria tief im Gewebe sitzt, kann man ihre Erscheinungen mit einer zirkumskripten Phlegmone verwechseln. Die Behandlung besteht darin, die Filaria um eine kleine Rolle aufzuwickeln; sobald man einen kleinen Widerstand merkt, hört man auf und fährt alsdann fort bis zur vollständigen Extraktion.

Im ganzen ist die Arbeit sehr interessant und voll von wissenswerten Details.

Lille. Dr. A. TAVERMER.

(Übersetzt von Dr. APPEL, Altona.)

Dysidrosis, von GEORG THOMAS JACKSON. (*Journ. of cutan. and vener. diseases.* 1886. Nov. 1. pag. 1.) Unter der Bezeichnung Dysidrosis beschreibt JACKSON einen vesikulösen Ausschlag des Gesichtes, obgleich — wie er selbst erwähnt — dieser Name nach TILBURY Foxs Vorgang bisher lediglich für eine auf die Hände und Füfse beschränkte Affektion gebraucht worden ist. Er ist jedoch der Ansicht, dafs das charakteristische Symptom, „das erschwerte Schwitzen", schon durch die Bezeichnung „Dysidrosis" beschrieben würde und gibt daher dieser den Vorzug trotz seiner Abneigung, die bereits allzu grofse Verwirrung der dermatologischen Nomenklatur durch Austauschen der Benennungen noch zu steigern. Für die Seltenheit der Lokalisation der Krankheit in diesem Falle spricht das negative Resultat der Bemühung des Verfassers, einen gleichen Fall in der Litteratur aufzufinden, und es verlohnt sich daher wohl denselben etwas eingehender zu betrachten.

Frau K., Irländerin, 45 Jahre alt, Köchin, ist nie krank gewesen, ausgenommen leichte rheumatische Schmerzen in den Knieen und Schenkeln. Ihre Haut ist zart und weich; Appetit und Verdauung durchaus normal. Die jetzige Störung begann vor 5 Jahren und ist im Sommer schlimmer als im Winter, ohne jedoch während dieser Zeit jemals ganz ausgesetzt zu haben. Durch die Einwirkung der Hitze am Feuer wird die Intensität der Affektion stets gesteigert. Der Ausschlag, welcher sich auf die untere

Hälfte der Stirn, Umgebung der Augen, Seiten und Rücken der Nase — bis nahe an die Oberlippe — beschränkt, besteht aus stark geschwellten Bläschen mit klarem Inhalt und von der Gröfse eines Nadelkopfes bis zu derjenigen einer gespaltenen Erbse. Sie verleihen den affizierten Stellen das Aussehen, als ob gröfsere oder kleinere Sagokörner darüber verstreut wären. Meist sind die einzelnen Bläschen isoliert, wenn auch hier und da dichter zusammengedrängt, und nur einige wenige sind offenbar untereinander verschmolzen. Die derbe Decke leistet dem Messer Widerstand und macht es erklärlich, dafs die Bläschen nicht von selbst platzen. Im übrigen ist die Haut der Pat. vollständig normal, nur auf der Nase finden sich einige erweiterte Blutgefäfse. Subjektive Symptome sind aufser zeitweiligem, leichten Jucken nicht vorhanden.

Das Hauptinteresse des Aufsatzes liegt meiner Ansicht nach in den differential-diagnostischen Ausführungen des Verfassers, welche die bei Feststellung der Diagnose in Frage kommenden Krankheiten, Ekzem, Herpes, Sudamina und Dysidrosis berücksichtigen. Da der Raum leider nicht gestattet diesen Teil der Arbeit so ausführlich zu besprechen, wie es Ref. wohl wünschte, so müssen wir uns auf das Wichtigste beschränken und im übrigen auf das Original verweisen.

Die Diagnose eines Ekzema vesiculosum, welche sich auf den ersten Blick aufdrängt, ist leicht auszuschliefsen, wenn wir uns die charakteristischen Eigenschaften dieser Affektion vergegenwärtigen, von denen erwähnt sein mögen: die Geneigtheit der Bläschen frühzeitig spontan zu bersten und eine nässende Fläche zurückzulassen, die geringe und ziemlich gleiche Gröfse der Bläschen, die alkalische Beschaffenheit des klaren, flüssigen Inhalts, sowie der durch die Röte der betreffenden Hautstelle dokumentierte, entzündliche Charakter der Affektion; endlich der ausgesprochene Pruritus, die unbestimmte Gestalt der mit Bläschen besetzten Hautbezirke mit zerstreut liegenden Bläschen in deren Umgebung.

Gleich deutlich unterscheiden sich die Eigentümlichkeiten des Herpes von denjenigen unsers Falles. Zu den ersteren gehört aufser dem sehr akuten Verlauf die Neigung der Herpesflecke zu scharfer Begrenzung, die nahezu regelmäfsige Beschränkung des Herpes febrilis auf Mund und Nase, des H. Zoster auf den Verlauf der Trigeminuszweige und zwar meist nur einer Gesichtshälfte, die geringe Widerstandsfähigkeit der Bläschen und die stets alkalische Reaktion ihres Inhaltes. Endlich vorzüglich der geringere oder stärkere Schmerz, bei H. febrilis bohrender Art und neuralgischer bei H. Zoster.

Schwieriger ist die Diagnose zwischen Sudamina und Dysidrosis. Nach Foxs Beschreibung (*Amer. Journ. Syph. and Derm.* 1873. IV. 1) ist die letztere eine akute Affektion der Schweifsdrüsen und -gänge, welche zu einer Eruption kleiner Bläschen auf der Palmarfläche der Hand und Finger, sowie zwischen letzteren führt. Die Bläschen vergröfsern sich bald zu Sagokorn ähnlichen Massen, zuweilen mit einem kleinen, weifsen Fleck im Zentrum

— angeblich der Öffnung eines Schweifsdrüsenganges. Während in leichten Fällen der Prozefs nun in wenigen Tagen mit einer leichten Abschuppung beendet sein kann, vergröfsern sich in schwereren Fällen die Bläschen oder fliefsen auch zum Teil zusammen und bilden Blasen, deren Inhalt verdunstet und absorbiert wird, während die Decke abfällt und eine gerötete, trockene Fläche hinterläfst. Der Bläscheninhalt ist sauer. Aufser den Händen können auch die Füfse befallen werden, und nicht selten findet sich über den ganzen Körper eine Eruption von Miliaria und Lichen tropicus. Eine Entstehungs- und Verschlimmerungsursache dieser Krankheit, welche an schwachen und nervösen Personen vorkommt und überaus leicht recidiviert, bildet excessives Schwitzen. Fox betrachtet sie als eine Neurose, welche Parese der Schweifsdrüsen bewirkt, und erklärt die Entstehung der Bläschen durch Zurückhaltung des Schweifses.

Crocker (*Trans. Path. Soc. London.* 1878. XXIX. 264) konstatierte durch Untersuchung von Hautschnitten das Fehlen von Veränderungen der Hornschicht und das Vorhandensein interpapillärer Hohlräume (loculi) im Rete. Die Kapillaren der Papillen waren normal, die Schweifsdrüsengänge in ihrer ganzen Länge sehr deutlich, und die Drüsen selbst augenscheinlich angeschwollen, sowie etwas infiltriert. Die Kapillaren des Coriums, besonders die die Schweifsdrüsen versorgenden, waren stellenweise verdickt und ausgedehnt. Die Ansicht von Fox, dafs die grofsen Blasen durch das Zusammenfliefsen mehrerer kleinerer entstehen, wurde bestätigt und zugleich konstatiert, dafs die so gebildeten Blasen gefächert sind. Da in keinem Falle ein Zusammenhang der Bläschen mit Blutgefäfsen oder mit dem Austritt von Flüssigkeit aus den letzteren nachgewiesen wurde oder auch nur wahrscheinlich erschien, so hält auch Crocker die Krankheit für eine entzündliche Affektion des Schweifsapparates, bei welcher die Ausführungsgänge im Rete Malpighii wahrscheinlich verstopft oder komprimiert, zweifellos aber infolgedessen ausgedehnt werden. Die weitere Folge dieser pathologischen Störung in den Schweifsdrüsen ist der Austritt von Flüssigkeit in das umgebende Gewebe und somit die Bildung von Bläschen, welche, anfangs in der Haut gelagert, erst mit der Zunahme des Ergufses gröfser werden und dann die Cuticula emporheben, sowie die gefächerten Blasen bilden.

Im Gegensatz zu diesen Autoren nannte Hutchinson (*Lancet.* 1876. I. 630) dieselbe Krankheit „Cheiro-pompholyx", obgleich sie, wie schon erwähnt, keineswegs ausschliefslich auf die Hände beschränkt bleiben mufs. Er hält sie für eine bei nervösen Personen vorkommende Neurose und leugnet jeden Zusammenhang mit dem Apparat der Schweifssekretion, obgleich er zugibt, dafs die Einwirkung hoher Temperatur eine Verschlimmerung hervorbringen kann.

Robinson (*Archives of Derm.* 1877. III. 289), welcher den Namen „Pompholyx" ebenfalls acceptiert, behauptet auf Grund seiner eingehenden mikroskopischen Untersuchung der Anatomie dieser Krankheit, gleich dem vorigen Autor, dafs dieselbe mit den Schweifsdrüsen absolut nichts zu thun

habe und der Inhalt der Bläschen anfänglich von reinem, aus den Blutgefäfsen der Papillen kommenden Serum gebildet werde. Er hält vielmehr die Affektion für eine Neurose und den Ursprung der Bläschen für ähnlich demjenigen der Herpesbläschen. Die Schweifsdrüsen waren in seinem Fall normal und deren Ausführungsgänge nicht erweitert, der Bläscheninhalt alkalisch.

Diese entgegengesetzten Resultate der verschiedenen Autoren veranlafsen den Verf. zu der Folgerung, dafs die letzteren höchst wahrscheinlich verschiedene Krankheiten studiert haben; zugleich bemerkt er, dafs dieses Thema erst durch weitere Untersuchungen abgeschlossen werden mufs. (Hierzu möchte Ref. nur erwähnen, dafs die soeben besprochenen Ansichten und namentlich der Streit zwischen Fox und Hutchinson in diesen Heften bereits in einem längeren Aufsatz von G. und F. E. Hoggan, welcher entschieden Klarheit in die bisherige Verwirrung gebracht hat, dargestellt worden sind. — cf. *Monatshefte.* Bd. 2. 1883. No. 4. pag. 110, No. 5. pag. 148.)

Die Sudamina oder Sudamina crystallina, auch Miliaria crystallina, endlich ist eine nicht entzündliche Affektion der Schweifsdrüsen mit Bildung oberflächlicher, klarer, Tautropfen ähnlicher und verschieden grofser Bläschen. Sie kommt unter verschiedenen Umständen und Verhältnissen vor, sobald eine wesentlich gesteigerte Schweifsabsonderung besteht, und bevorzugt Gesicht, Brust und Abdomen. Die Dauer schwankt zwischen wenigen Tagen und 2—3 Wochen. Eine Form dieser Krankheit findet sich nach Robinson besonders an der Nase, Stirn und Wangen von Frauen, welche, wie z. B. Wäscherinnen, der vereinten Wirkung von Bewegung und Wasserdämpfen ausgesetzt sind. Bei derselben entsteht durch Stauung des Schweifses in den Schweifsdrüsengängen — verursacht durch Verstopfung der Gänge mit abgestofsenen Epithelien — eine Sagokorn ähnliche Eruption mit enormer Ausdehnung der Gänge.

Dieser Form entspricht auch der vorliegende Fall, sowohl hinsichtlich der Lokalisation, als auch der Erscheinungen und Ätiologie. Wenn der Verf. trotzdem die Bezeichnung Dysidrosis wählt, so geschieht dies, weil die Affektion in der That in einem erschwerten Schwitzen besteht, wie auch Robinson in der Diskussion seines Vortrages über „Miliaria und Sudamina“ (*Trans. Americ. Derm. Asso.* 1884) von dem Zustand als „einer wahren Dysidrosis“ spricht. Gleich Robinson schlägt auch der Verf. für die Dysidrosis von Fox und den Cheiro-pompholyx von Hutchinson den Namen „Pompholyx“ vor.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Das Oleum Santali in der Therapie der Gonorrhöe. Dr. Georgi Meyer (*Berl. klin. Wochenschr.* 1886. No. 50) hat nach Posners Empfehlung in ausgiebiger Weise mit dem Mittel Versuche angestellt und gefunden, daſs die Wirkungen des ost- und westindischen Sandelöles ganz gleiche sind; ersteres ist nur doppelt so teuer als das westindische. Er verordnete nach der Vorschrift: Ol. ligni Santali 10,0, Ol. Menth. pip. gtt. jjj wovon er am Anfange stündlich 3—5 Tropfen und zuletzt 4mal täglich 6—9 und 12 Tropfen in einem Theelöffel Wasser nehmen lieſs. Verdauungsbeschwerden hat er nur bei 3 Patienten gesehen, bei denen auch die mit Sandelöl gefüllten Kapseln, von denen anfangs täglich 3, dann 5—6 genommen wurden, Übelkeit und Brechreiz erzeigten. Die Schlüsse, die M. aus seinen Beobachtungen zog, sind folgende: 1. Das Ol. ligni Santali erweist sich als unwirksam bei der Therapie der akuten Gonorrhöe. 2. Es ist auſserordentlich wirksam beim chronischen Tripper sowohl mit als ohne Zuhilfenahme andrer therapeutischer Maſsregeln. 3. Es hat souveräne Wirksamkeit bei den Folgezuständen der Gonorrhöe, wie Cysto collitis, Cystitis etc.

Über die Veränderungen der Haare bei Alopecia areata. In der Berl. Med. Gesellschaft vom 27. Nov. 1886 stellte Dr. G. Behrend einen 15jährigen Patienten mit einer etwa fünfmarkstückgroſsen kahlen Stelle vor, welche auf der normal gefärbten, von Schuppen vollkommen freien und an sich glatten Haut eine groſse Zahl ganz dicht über der Hautoberfläche abgebrochener Haare zeigte, die jedoch nur ganz lose im Follikel steckten und mit der Pinzette ganz leicht aus demselben herausgehoben werden konnten. B. erblickt in diesem Falle eine Bestätigung seiner Ansicht, daſs bei der Alopecia areata eine Brüchigkeit der Haare vorkommen könne. Auſserdem zeigten die Haare eine Atrophie der Wurzelenden mit wirklichem Ausfall von Haarsubstanz, variköse Auftreibungen an Wurzel und Schaft, so daſs sehr verschiedene Formen vorhanden waren. Alle Haare zeigten eine oft recht beträchtliche Luftinfiltration der Haarsubstanz, die bis in den Bulbus hinabreichte und einerseits die Aplasie, anderseits den Ausfall des Haares herbeiführen muſste. Dieser Veränderung geht wahrscheinlich eine Austrocknung der Wurzelscheiden voraus, die ihrerseits wiederum auf einen Mangel an Ernährungsmaterial zurückzuführen ist, so daſs die Ursache des Haarausfalles bei der Alopecia areata wahrscheinlich auf einer Störung in der Zirkulation beruht. B. weist darauf hin, daſs mit diesem Befunde sich die Auffassung der Alopecia areata als Trophoneurose ebenso wenig vereinigen lasse, wie die Ansicht von der parasitären Natur der Erkrankung, und daſs bei der ferneren anatomischen Untersuchung das Augenmerk mehr auf die Verhältnisse der Gefäſse gerichtet werden müsse, auf welche der obige Befund in erster Reihe hindeute.

Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Dr. A. Landerer in Leipzig. (*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie.* Bd. 25. I. u. II. Heft.) Bei der Durchmusterung der Präparate der Leipziger pathol. anatomischen Sammlung schienen L. namentlich 2 Haupttypen der Prostatahypertrophie vorzukommen. Die eine, wo etwas vor der Gegend des oberen Randes des Trigonum Lieutaudii ein muskulärer First sich herüberzieht. Der Eingang in die Harnröhre scheint in diesem Falle weniger verlegt. In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um eine vorwiegende Hypertrophie des mittleren Lappens. Derselbe ragt wie eine ziemlich zirkumskripte, oft sogar wirklich gestielte Geschwulst in die Blase hinein und liegt auf dem Eingang in die Harnröhre. Dieser gewucherte mittlere Lappen ist in erster Linie als die Ursache der Störung in der Harnentleerung anzusehen. Gelingt es, diesen mittleren Lappen zu entfernen, so kann man hoffen, die Passage des Urins wieder frei zu bekommen und damit die Beschwerden des Kranken zu beseitigen, oder doch wesentlich zu mildern. Den übrigen Teil der Prostata, namentlich so weit er nach hinten, nach dem Mastdarm zu, sich entwickelt hat, kann man dabei ganz aufser acht lassen. Gelegentlich eines Falles von Steinschnitt bei ziemlich hochgradiger Prostatahypertrophie kam L. nun in die Lage, diesen mittleren Lappen, zunächst halb unfreiwillig, zu entfernen und fand, dafs nachher die Urinentleerung leichter wurde, so dafs er in dieser zufälligen Beobachtung einen Fingerzeig zu erkennen glaubt, wie die Prostatahypertrophie operativ aufzufafsen sei. L. hat leider bisher nicht Gelegenheit gehabt, diese Operation am Lebenden zu wiederholen und öfter zu prüfen, was von ihr zu erwarten sei. Doch glaubt er, beweist schon dieser eine Fall, dafs die Entfernung des mittleren Lappens der Prostata von der Harnröhre in wenig verletzender Weise wohl möglich, und dafs auf diesem Wege eine Besserung, selbst Beseitigung des Leidens zu erreichen ist, wenigstens in einzelnen Fällen. Die Technik, die er empfiehlt, weicht eigentlich in nichts von dem Verfahren ab, welches von Volkmann und Thompson für die Entfernung von Blasentumoren angegeben ist.

Röteln mit nachfolgenden Masern bei 3 Kindern. Dr. L. Wolberg in Warschau (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1886. No. 50) hatte Gelegenheit, diese 3 Fälle in derselben Familie zu beobachten, und zwar erkrankte zuerst der 11jährige Knabe, der die Krankheit aus der Schule mitbrachte, in der viele andre Kinder an ähnlichen Flecken gelitten haben sollen. Er infizierte seine beiden andern Geschwister, einen 9jähr. Bruder und eine $3^1/_2$jähr. Schwester. Letztere beiden bekamen die Röteln in 15—18 Tagen nach der Erkrankung des ältesten Knaben. Einen Monat später erkrankten alle 3 nacheinander an den Masern. Durch diese Fälle will W. die Ansteckungskraft der Röteln beweisen und zeigen, dafs diese nicht vor Masern schützen.

Berlin. L. Hoffmann.

Österreich.

Über die therapeutische Verwendung des Jodols, von Prof. Pick in Prag. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* 1886.) Gaetano Mazzoni hat zuerst auf die therapeutische Wirksamkeit hingewiesen; Wolff (Strafsburg) hat ebenfalls einige Versuche mitgeteilt. Silber und Ciammician in Rom haben das Präparat entdeckt.

Jodol ist Tetrajodpyrol C_4J_4NH; Kalle & Co. in Bieberich liefern das geruchlose, hellbraune Pulver; nach Vulpius löslich 1:3 in absolutem Alkohol. Pick hat folgende Formen in Gebrauch: 1. Jodoli opt. pulv. Kalle 2. Jodolgaze. 3. Jodoläther (10—20% Lösung) als Spray. 4. Jodoläther-Kollodium 1: 5: 10. 5. Jodolsalbe 5—10% (mit Lanolin). Anwendung: Die Tamponierung mit Jodoltampons bei katarrhalischen und blennorrhagischen Prozessen nach Spaltung von Bubonen; Spray bei Helkosen nach Ablauf des virulenten Stadiums; bei ulcerierenden Kondylomen. Innerlich wurde Jodol sehr gut ertragen und mit Erfolg bei Gummata gegeben (1,0 pro die). An zwei aufeinander folgenden Tagen wird morgens und abends je $^1/_4$—$^1/_2$ Gramm verabfolgt und dieselbe Dosis erst an den gleichnamigen Tagen der folgenden Woche wiederholt. Auch bei nicht venerischen Prozessen wurde die antiseptische Wirkung des Jodols erprobt.

Aufgesaugt werden selbst bei vollständiger Ausfüllung grofser Wundflächen mit Jodolpulver oder -gaze nur ganz geringe Mengen Jod, in den meisten Fällen war überhaupt kein Jod nachzuweisen. Die Ausscheidung bei innerlicher Anwendung vollzieht sich bei Jodol langsamer, als bei Jodkali.

Stuttgart. Steiner.

Amerika.

Erythanthema syphiliticum. Edward Bennet Bronson (*The Med. Record.* Sept. 4. 1886) hatte Gelegenheit, in der New Yorker Poliklinik einen seltenen Fall von Syphilis zu beobachten. Bei einem 40jährigen Kürschner entstanden auf der Basis eines Erythems des Gesichtes, des Nackens und der Hände kondylomatöse Wucherungen, Blasen, Pusteln und stark sezernierende Geschwüre. An der Hand dieses im Original sehr genau beschriebenen Falles und dreier andrer, bei welchen im Zusammenhang mit Syphilis Erythema nodosum beobachtet wurde, erörtert Verf. den Zusammenhang der von Auspitz als Erythanthem gekennzeichneten Hautkrankheiten mit Syphilis und kommt zum Schlusse zu folgenden 3 Thesen:

1. Bestimmte Formen von Erythanthem, welche im Verlaufe von Syphilis entstehen, können als Produkte derselben angesehen werden; ganz besonders wenn sie mit einem Ausbruch typischer syphilitischer Eruptionen zusammenfallen oder von einem solchen direkt gefolgt werden.

2. In anbetracht ihrer Ähnlichkeit mit angioneurotischen oder neuro-

tischen Hautaffektionen ist auch für die syphilitischen Erythantheme ein ähnlicher Ursprung wahrscheinlich. Und während sie zweifellos der Syphilis ihre Entstehung verdanken, sind sie nicht für dieselbe pathognomonisch und wahrscheinlich in ätiologischer Hinsicht dem wahren Syphiloderm nicht äquivalent.

3. Ein syphilitisches Erythanthem kann durch reflektorische Reizung, in derselben Weise wie ein lokales Trauma, der Sitz charakteristischer syphilitischer Infiltration werden.

Am 25. August 1886 wurde die 10. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatological Association in Greenwich, Conn., durch Dr. Edward Wigglesworth eröffnet. Der Präsident entwickelte in fesselnder Rede die Geschichte der Dermatologie in Amerika. New York hat jetzt ein Spezialhospital für Hautkrankheiten neben 2 Abteilungen im Charity Hospital, und Philadelphia hat Spezialkliniken mit Betten in 3 verschiedenen Instituten. Eine Dermatologische Gesellschaft existiert nur in New York. Von den Arbeiten, welche aus ihrer Mitte hervorgegangen sind, erwähnt er „Lepra in Amerika", und ferner die verschiedenen Bestrebungen, ein uniformes und einfaches System der Hautkrankheiten zu schaffen.

Dr. G. H. Tilden aus Boston hält alsdann einen Vortrag über **Röteln.** Der Vortragende gibt ein Resumé über die Litteratur und eine genaue Zusammenstellung über die Symptome, Diagnose etc. Die Krankheit ist von Masern und Scharlach unterschieden. Ein besonders markantes Symptom sind Schwellung der Lymphdrüsen; diese Schwellung ist schmerzhaft, neigt jedoch nicht zur Eiterung. In manchen Fällen fehlt das Fieber. Der erste Ausbruch zeigt sich an der Stirn und im Gesicht; nach wenigen Stunden werden bereits andre Körperteile befallen. Komplikationen und Folgekrankheiten sind Bronchitis, Pneumonie und Gastro-Intestinalkatarrhe.

Seltene Wirkung des Chinins auf die Haut, von Dr. C. H. Wilkinson. (*The Texas Courier-Record of Med.* Sept. 1886.) Einer jungen Frau wurde Chinin. citricum verschrieben. Nach Verbrauch von ca. 0,75 g trat eine akute scharlachartige Dermatitis über den ganzen Körper auf. Die Temperatur war erhöht, Puls 115. Schon 4 mal vorher hatte sie nach Chiningebrauch eine ähnliche Dermatitis durchgemacht. Nach 8 Tagen war das akute Stadium vorbei. Die folgende Abschilferung war so stark, dafs jeden Morgen Hände voll Haut aus dem Bette genommen wurden. Nach 1 Monat hatte sie das Unglück, einen 6. Anfall von Dermatitis nach wiederholtem Chiningebrauch zu acquirieren.

Der vereiternde Schankerbubo, mit Bemerkungen über eine subkutane Behandlungsmethode. Dr. Helm (*The Chicago Med. Journal and Examiner.* Sept. 1886) bestreitet die Behauptung von Fox, dafs ein Bubo, welcher durch die Resorption von Schankereiter in die Lymph-

gefäfse entstanden ist, stets vereitern müsse. Er ist der Ansicht, dafs die entzündlich vergröfserte Drüse durch Resorption der neugebildeten Gewebe teils spontan, teils bei geeigneter Behandlung sich zurückbilden könne. Über diese geeignete Behandlung sagt Dr. Helm dann nichts weiter, sondern geht gleich an die Beschreibung seines Operationsverfahrens. Das Operationsfeld wird aseptisch gemacht. Zur lokalen Anästhesie wird ein Ätherspray benutzt. Alsdann wird eine Aspirationsnadel in den vereiterten Bubo eingestofsen. Nach Abfluſs des Eiters wird die Höhle mit 2%igem Karbolwasser ausgespült und dann mit einer Suspension von Jodol oder Jodoform in Öl gefüllt, so dafs ebenso viel hineinkommt, als Eiter abgeflossen ist. Die Einstichstelle wird mit Kollodium verschlossen und nach Applizierung einer Kompresse und eines Verbandes ist die Operation beendet. Das Ganze ist schmerzlos. Unter 22 so behandelten Fällen trat nur ein Mifserfolg ein, indem sich die Operationsstelle in ein schankröses Geschwür verwandelte.

Über einen Fall von **Aktinomykosis hominis** berichtet Dr. A. Schirmer, Chicago, in *The Chicago Med. Journal and Examiner.* Oktob. 1886. Es handelt sich um einen 25 Jahre alten Polen. Im 18. Lebensjahre zog er sich eine leichte Schnittwunde am Kinn zu. Er beachtete dieselbe nicht weiter, und so trat eine leichte Anschwellung der Wundränder auf. Nach 3 Monaten konsultierte er wegen Schmerzen einen Arzt, welcher in die Anschwellung schmerzhafte Injektionen einer klaren Flüssigkeit machte. Nach einiger Zeit entleerte sich etwas Eiter. Es blieb eine Fistel. Die Schwellung wurde bald so stark, dafs Patient den Mund nicht ganz öffnen konnte. Seit 3 Jahren trat Husten auf. Als Dr. Schirmer den Pat. im letzten Juli sah, bestanden Schmerzen in der linken Seite und Nackensteifigkeit. Temperatur erhöht, Puls beschleunigt, Appetit gering. Die Fistel am Kinn wurde erweitert und einige nekrotische Knochenstücke entfernt. An beiden Seiten des Halses wurden Abscesse geöffnet; es entlerte sich serös-eiterige Flüssigkeit gemischt mit samartigen graulichgelben Körnern. Die Digitaluntersuchung der Abcesse ergab, dafs sie nur oberflächlich waren. Die mikroskopische Untersuchung des Abcefsinhaltes und des Sputums ergab die Anwesenheit von Aktinomyces.

Behandlung des Kropfes mit Karbolsäure. Dr. O. E. Havey, Evanston, Illinois, (*The weekly med. Review.* St. Louis. Sept. 11. 1886) berichtet über die von ihm selbst und in den Kliniken von Chicago angewandte Behandlung des Kropfes. Eine mit 5%iger Karbolsäure gefüllte Spritze wird ½ Zoll tief in die Drüse hineingestofsen; alsdann wird injiziert. Sofort tritt bei allen Patienten Schwindel auf, welcher aber in wenigen Minuten vorüber geht. Die Injektion wird 1 bis 2 mal die Woche wiederholt. Die Drüse wird dadurch kleiner und härter, die Blutüberfüllung hört allmählich auf; in 8 bis 10 Wochen ist alles verschwunden. Von 150 Fällen trat nur 2 mal Entzündung ein, und auch diese verschwand in 1 bis 2

Tagen. „Keine andre Behandlungsmethode kann so gleichförmige Erfolge verzeichnen."

New-York. Dr. Tilden Brown.

Einen Fall von **Rupia syphilitica**, welcher die interessante Eigentümlichkeit darbot mit Ausnahme einer Stelle auf der linken Gesichtshälfte gänzlich auf die rechte Körperhälfte beschränkt zu sein, teilt Dr. J. P. Knoche in Kansas City, Mo., mit (*Journ. of cutan. and vener. diseases.* 1886. Nov. 2. pag. 36). Er betraf eine 44jährige, abgezehrte, nervöse und zu Hysterie geneigte Frau, welche bis zur Verheiratung im 17. Jahre stets gesund und kräftig entwickelt gewesen war. Ihre 3 ersten Kinder waren kräftig und gesund, starben aber im Alter von 1 bis 11 Jahren an akuten Infektionskrankheiten. Nach einer Pause von 5 Jahren wurde sie wieder schwanger, abortierte jedoch zwischen 2. und 3. Monat mit instrumenteller Hilfe. Dies wiederholte sich noch zweimal in Zwischenräumen von je 2 Jahren ohne eigentlichen Nachteil für ihre Gesundheit. 5 Jahre nach dem letzten Abortus stellten sich Schwindel und noch öfter kurze Ohnmachtanfälle ein. Wenige Monate später folgte eine Entzündung des linken Auges mit kontinuierlichen, lanzinierenden Schmerzen, welche in der Zeit von 9—12 Uhr abends am heftigsten waren. Diese Affektion besserte sich erst nach 4 Monaten und zwar sehr langsam, so dafs Patient. erst 9 Monate nach deren Beginn ihren häuslichen Geschäften wieder nachgehen konnte. 5 Monate nach der Heilung dieses Anfalls wiederholte sich die Entzündung unerwartet an demselben Auge und zwar so heftig, dafs nach 3monatlicher Dauer die Sehkraft völlig erloschen war und erst im Verlaufe eines halben Jahres wiederkehrte. Im November 1884, d. h. 2 Monate nach der letzten Heilung, wurde sie von rheumatischen Gelenkschmerzen, Schmerzen an der Tibia und schmerzhaften Muskelkontraktionen der Wade befallen, wozu sich im nächsten Monat das erste Hautsymptom in Gestalt eines Fleckes in der Mitte des Unterschenkels mit intensivem, bohrendem Schmerz und starkem Brennen (Jucken) gesellte. In der bekannten Weise entwickelte sich im Zentrum dieses Fleckes eine Pustel und durch Eintrocknen derselben eine Kruste, nach deren Abstofsung ein im Umfang rasch zunehmendes Geschwür zum Vorschein kam. Als es etwa die Gröfse eines Markstückes erreicht hatte, fing es im Zentrum an zu heilen. Im August 1885 zeigte es unregelmäfsige, ausgebogte und mit dicken Schorfen bedeckte Ränder und unter den Schorfen eine tief ulcerierte, grauliche und sehr empfindliche Fläche. Genau in derselben Weise entwickelten sich fernerhin solche Flecke vom 16. Dezember an unter dem Condylus extern. tibiae und vom 18. Dezember in erdbeerartiger Gestalt über der Basis des Daumen-Metacarpus; vom 27. Dezember ein nierenförmiger auf der Aufsenseite und Mitte der Ulna und ein andrer, unregelmäfsig halbkreisförmiger auf der Innenseite

über dem Condylus humeri. Im Januar 1885 entstanden mehrere Flecke auf dem Humerus und der Scapula, sowie einige auf der Lende; endlich im Februar eine Anzahl Papeln auf der Kopfhaut, welche auf der rechten Seite auf den Raum zwischen Os supraorbitale, Sutura parietalis und lambdoidea beschränkt waren, und eine weitere Gruppe auf einer etwa Quadratzoll grofsen Stelle der linken Gesichtshälfte zwischen Mundwinkel und Nase, sowie einige Papeln auf der rechten Gesichtshälfte und am Ohr. Die letzte Papel erschien im Mai an der rechten kleinen Zehe mit starkem Brennen, aber ohne Jucken. Sehr quälend waren die Muskelkrämpfe am rechten Unterschenkel und Fufs, sowie des Unterarmes und der Hand. Dieselben zeigten sich am häufigsten und heftigsten vor Mitternacht, ohne erkennbare Ursache und gewöhnlich von einer Dauer von 15—30 Minuten. Während derselben wurden diese Teile steif und die Patient. fühlte zugleich heftige Schmerzen im Hinterkopf und Nacken, sowie in den Geschwüren. Die rechte Epitrochlear-Drüse und die beiderseitigen Nackendrüsen waren angeschwollen.

Die syphilitische Natur des Leidens wurde auch durch den überraschend schnellen Erfolg der spezifischen Behandlung bestätigt. Die Geschwüre heilten unter dem gleichzeitigen, lokalen Gebrauch des Emplastr. hydrargyri vollständig binnen 5 Wochen. Die Muskelkrämpfe und Schmerzen wurden bereits innerhalb 5 Tagen durch die gemischte Behandlung beseitigt.

Die Infektion der Pat. ist ihrem Gatten zuzuschreiben, welcher, sonst stets gesund, 7 Jahre nach der Verheiratung 1866 aufserehelich angesteckt wurde. 8 Tage nach dem Coitus zeigten sich 3 kleine, weiche, stark entzündete und schmerzhafte Geschwüre am Präputium mit leichter Anschwellung und Empfindlichkeit der Inguinaldrüsen. Durch den innnerlichen Gebrauch von Jodkali und Merkur, sowie lokale Anwendung der Aqua phagedaenica nigra wurde innerhalb 3 Wochen Heilung der Geschwüre erzielt. 1872 bekam er eine Gonorrhöe mit nachfolgender Striktur und Fistel, welche erst nach Monaten geheilt wurden. Da er die spezifische Behandlung sofort nach der Heilung der Geschwüre abgebrochen hatte, so entwickelte sich 1873 eine papulöse Eruption des Handrückens, welche später pustulös und schliefslich ulcerös wurde. Die letztere Form bestand 7 Monate lang, und erst nach 4wöchentlicher, starker, gemischter Behandlung verschwanden die Krankheitserscheinungen wieder, hinterliefsen aber weifse atrophische Flecke und Narben auf der Haut. 1880 ulcerative Rachenentzündung, 1883 heftige, Rheumatismus ähnliche Schmerzen an der Tibia beider Beine, besonders heftig des Nachts und gemildert durch Jodkali (3mal täglich 1,8 g). Am 5. August 1885 Psoriasis palmaris beider Hände und Plaques muqueuses an den Mundwinkeln, sowie Anschwellung der rechten Tibia. Durch spezifische Behandlung vergingen diese Symptome der Syphilis; die Plaques muqueuses, indem sie zugleich mit Jodoformspray behandelt wurden.

Bei Besprechung einer These von Dr. Derobert über **Acidum chrysophanicum in der Behandlung der Psoriasis** nimmt der Referent des *Journ. of cutan. and vener. diseases* Veranlassung, auf die Notwendigkeit der vorsichtigen Anwendung dieses Mittels hinzuweisen. Die bei dieser Gelegenheit angeführten Beispiele der unter Umständen überaus schädlichen Folgen dürften gewifs geeignet sein, auch uns zur Vorsicht zu ermahnen. D. rühmt die Wirksamkeit dieses Mittels bei Psoriasis, indem er sich auf die im Dienste Fourniers gemachten Erfahrungen stützt. Während Besnier die Flecke mit einer 10 %igen Chrysophansäurelösung in Chloroform und erst nach deren Trocknen mit einer Schutzdecke von Traumaticin (10 Tle. weifser Guttapercha auf 90 Tle. Chloroform) überzieht, bestreicht sie Fournier nur einmal mit einer Lösung von Guttapercha und Chrysophansäure in Chloroform. Die Vorteile sollen besonders für die Spitalpraxis in der Zeit- und Geldersparnis liegen, während die Kleider bei dem letzteren Verfahren allerdings leichter beschmutzt werden.

Die Heilung soll meist innerhalb 10—30 Tagen, zuweilen schon nach 4 Einreibungen erzielt werden. Die Behauptung nun, dafs die allgemeinen Einreibungen mit der Säure keine Gefahr bedingen, da sie nicht von der Haut resorbiert wird, bekämpft der Referent mit aller Entschiedenheit, indem er die gröfste Vorsicht empfiehlt und den dringenden Rat erteilt, stets erst durch partielle Anwendung der Säure die Empfänglichkeit des betreffenden Patienten für dieselbe zu prüfen. In einem von ihm beobachteten Falle starb ein Patient infolge zu starker Anwendung dieses Mittels an überaus heftigem, allgemeinem Erythem mit schweren Intoxikationserscheinungen, und in einem zweiten Falle folgte eine 2 Monate dauernde, allgemeine exfoliative Dermatitis mit heftigem Fieber.

Zwei Fälle von **Herpes nach äufserlichem Gebrauch von Belladonna und Atropin** beobachtete Dr. Mackintosh (*British Medic. Journ.* Oct. 14. 1885). Im ersteren handelte es sich um rheumatische Kniegelenkschmerzen, und die deshalb angewendete Salbe bewirkte eine beträchtliche Anschwellung, sowie den Ausbruch von Herpes auf der betreffenden Hautstelle. Der zweite Fall, eine rechtsseitige Iritis, erforderte die Anwendung einer Atropinlösung und, indem von der letzteren etwas über die Wange herablief, entwickelte sich innerhalb einiger Stunden ein Herpesausschlag von demselben Charakter und gleichfalls mit heftiger Anschwellung wie im ersten Falle.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Frankreich.

Einige Bemerkungen über Herpes parasitarius im heifsen Klima und seine Behandlung mit Cassia alata. Léopold Conillebault hat seine

Inauguraldissertation (Paris 1886) dem Herpes parasitarius in heifsen Ländern gewidmet und seine Behandlung mit Cassia alata, einem Standengewächs von elegantem Wuchs, welches von Linné in die Klasse der cisalpinen Leguminosen eingereiht wurde. Es ist bekannt, dafs Malmsten 1846 den von Gruby entdeckten Pilz des Herpes tonsurans wissenschaftlich beschrieb und ihm den Namen Trichophyton gab, ein Name, welcher bis jetzt geblieben ist. Einige Jahre später wurde der Pilz des Herpes circinnatus entdeckt, von dem Bazin und Hardy behaupteten, er wäre identisch mit dem Pilz des Herpes tonsurans. Nach diesen Autoren wird durch denselben Pilz, nämlich Trichophyton, Herpes circinnatus, Herpes tonsurans und Sykosis hervorgerufen; jedoch haben die Kulturen von Grawitz und Ducleaux Ordnung in diese Verwirrung gebracht. Nach Hardy und Bazin verdanken diese 3 Affektionen ihre offenbare Ähnlichkeit nur ihrem verschiedenen Sitze.

Herpes circinnatus parasitarius kommt in Cochinchina und Martinique häufig vor. Man beobachtet ihn bei Eingeborenen und Europäern, in jedem Alter, in jedem Stande, unter allen Verhältnissen, besonders aber bei Soldaten infolge der Leichtigkeit, mit welcher die Ansteckung in den Kasernen vermittelt wird. Man findet dort auch 2 andre Formen von Trichophytie, welche den unter dem Namen Erythema circinnatum parasitarium und Pityriasis alba parasitaria beschriebenen Varietäten entsprechen. Nach Angabe der Ärzte, welche lange in den Kolonien praktizieren, ist Herpes tonsurans dort selten. Dr. Couillebault hat ihn nicht gesehen; allerdings erstreckten sich seine Beobachtungen zum gröfsten Teil auf Erwachsene, während Herpes tonsurans sich gewöhnlich bei Kindern entwickelt.

Lichen tropicus, welcher unter der Achselhöhle eine circinnäre Form annimmt, ebenso wie Intertrigo, können für Herpes parasitarius gehalten werden. Der letztere unterscheidet sich davon durch sein peripheres Wachstum, während das Zentrum abheilt, durch das geringe Jucken und besonders durch seine rapide Ausbreitung in die Nachbarpartien. Wenn man den geringsten Zweifel über die Natur der Krankheit hat, so zeigt das Mikroskop den Parasiten in den Epidermisschuppen und sichert sofort die Diagnose.

Einpinselungen mit Jodtinktur helfen recht oft, aber die Heilung ist nach dem Autor selten definitiv. Schwefel, Sublimat, Oleum cadinum sind in den Händen des Autors noch weniger erfolgreich gewesen als Jodtinktur. Araroba ist nicht versucht worden.

C. zieht Einreibungen mit den Blättern von Cassia alata vor, welche vorher mit reinem Wasser angefeuchtet werden. Den Saft, welcher sich dabei herausdrücken läfst, läfst man auf den Herpesflecken trocknen. In Fällen, wo man gezwungen ist, für Präparate zu sorgen, welche sich lange an Bord von Schiffen konservieren, und in Gegenden, wo Cassia alata nicht wächst, rät Verf. auf Empfehlung von Dr. Porte zu einem mit Essigsäure bereiteten Extrakt.

Krankheiten, welche durch den Sandfloh hervorgerufen werden, von Dr. J. B. Pugliesi. (*Thèse de Paris.* 1886.) Dr. Pugliesi hatte während eines Aufenthaltes von 40 Monaten in Französich-Guyana Gelegenheit, über die durch den Sandfloh, pulex penetrans, bewirkten Verletzungen Studien zu machen. Ulceration, Fufsgeschwüre, Onychia ulcerosa, Gangrän und Tetanus sind infolge Zurückbleibens des Stachels oder des ganzen Tieres oder von Teilen desselben beobachtet worden. Die Ungeschicktheit des ersten Operateurs ist oft die Ursache schlimmer Folgezustände. Es können zwar alle Einwohner befallen werden, jedoch nimmt nur bei den sozial ungünstig Gestellten, besonders bei den Emigranten und Deportierten die kleine Verletzung einen so schlimmen Verlauf, dafs Leroy de Méricourt dazu kam, sie als eine besondere Krankheit aufzufassen. Daher die früheren Namen: Ulcère cachectique des pays chauds, Ulcère des mauvais états généreaux, Ulcère phagédénique.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dafs die Behandlung hauptsächlich eine präventive sein mufs. Sowie man das Eindringen des Insektes bemerkt hat, mufs es vorsichtig und radikal entfernt werden Das verletzte Glied mufs dann eine Zeitlang ruhig gehalten werden.

Beiträge zum Studium des Cochinchinageschwürs, von Dr. Théobald L'Honen. (*Thèse de Bordeaux.* 1886.) Das Cochinchinageschwür (Ulcère de Saigon, Ulcère annamite) wurde von den Militärärzten der Landarmee und der Marine entdeckt und beobachtet. Als Manifestation des unter den Tropen vorkommenden Phagedänismus ist das Geschwür von Cochinchina dasjenige, dem der Charakter eines bösartigen Verlaufes besonders beigelegt wird; es finden sich dort alle Bedingungen vereinigt, welche zur Bildung phagedänischer Geschwüre disponieren. Die Symptomatologie, welche in meisterhafter Weise von Dr. Treille beschrieben wurde, wird mit wenigen Worten vom Verf. abgemacht. Nach diesem kurzen Resumé scheint das Geschwür von Cochinchina Dank dem Fortschritt der Hygieine in den Kolonien die weifse Rasse zu verschonen, nimmt aber fortwährend die gelbe Rasse hart mit.

Die Natur der Affektion ist der Gegenstand recht interessanter geschichtlicher Studien, welche wir hier anführen müssen. Die grofse Mehrzahl der Ärzte, welche darüber gearbeitet haben, stimmen in dem Ausschlufs der Kontagiosität überein. Dr. Vinson, Arzt an Bord des Muscareigne, sah eine Epidemie phagedänischer Geschwüre unter den Kulis ausbrechen, welche nach der Insel Bourbon transportiert wurden. Ein Marinearzt, Dr. Chasseriaud, schlofs kühn, dafs die Krankheit ansteckend sein müsse, nachdem er das phagedänische Geschwür in Tonkin beobachtet hatte.

Schliefslich untersuchte Dr. le Dantec Eiterteile aus dem Grunde eines Geschwürs von Guyana mit dem Mikroskop und fand darin Bacillen, welche sich augenblicklich mit Methylenviolett und Fuchsin färbten. Keine Mikroorganismen im Blut. Neben den Bacillen finden sich Mikrokokken,

länglich oder leicht oval, einzeln oder in Haufen, selten in Gestalt von Diplokokken. Sie färben sich stärker als die Bacillen durch dieselben Reagenzien und sind noch sichtbar, wenn die Bacillen entfärbt sind. Diese Mikrokokken sind keine Bacillen, wie Dr. Roux meint, denn sie sind dicker als Bacillen und sind manchmal Diplokokken.

Der Verf. ist jedoch von der Nichtkontagiosität überzeugt, und er stützt sich dabei auf die Thatsache, dafs man noch keine für diese Affektion eigentümliche Bacillen gefunden hat, und dafs Impfungen mit Eiter stets negative Resultate ergaben.

Die Allgemeinbehandlung mufs eine möglichst kräftige sein, sie ist sehr wichtig. Die Lokalbehandlung umfafst eine Menge Mittel, unter denen an erster Stelle das Glüheisen genannt werden mufs. Durch tiefe Kauterisation des Geschwüres kann man dem Phagedänismus Einhalt thun.

Lille. A. Taverniер.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Disse u. Taguchi. *Über das Contagium der Syphilis.*

Morrison. *Elephantiasis Arabum.* (Reference Handbook of the medical Sciences. pag. 663.)

— *Lichen ruber.* (Ebenda. pag. 487.)

— *Cosmetics.* (Ebenda. pag. 307.)

Paulson. *Ein Beitrag zur Kenntnifs der Lepra in den Ostseeprovinzen Rufslands.* Inauguraldissertation. Dorpat 1886.

Stelwagon. *Observations on the oleates.* (American. Journal of the Medical Sciences. October 1885.)

— *A case of vitiligo involving the whole surface.* (Ebenda. Juli 1885.)

— *A case of late cutaneous syphilis (acne-like syphiloderm of the nose) illustrating the occasional necessity of large doses of potassium jodide.* (Medical News. Juni 27. 1885.)

— *Jodide of potassium in Eczema.* (Medical News. April 11. 1885.)

— *Clinical notes on the value of Resorcin, Ichthyol and Lanolin in cutaneous diseases.* (Journal of Cutaneous and Venereal Diseases. Vol. IV. Nov. 1886.)

Finger. *Über den Diplococcus Neifsers und seine Beziehung zum Tripperprozefs.* (Wr. med. Presse. 1886.)

— *Über einen einfachen Apparat zur Behandlung von acuter und subacuter Urethritis.* (Allg. Wr. med. Zeitung. 1886. No. 45.)

— *Über das indurative Oedem.* (Deutsche med. Wochenschrift. 1886. No. 48.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 4. 15. Februar 1887.

Ein eigenartiger Fall von Verlust des Kopfhaares.[1]

Von

Dr. Lewinski,

Dozent a. d. Universität zu Berlin.

Gelegentlich des Vortrages, den Herr Joseph in der dermatologischen Sektion der Berliner Naturforscherversammlung gehalten hat[2], habe ich einer Beobachtung gedacht, welche ich vor mehr als Jahresfrist gemacht hatte, und welche, wie ich damals glaubte, ganz besonders geeignet erschien, den von Herrn Joseph urgierten Zusammenhang zwischen Nervenaffektion und Haarausfall zu beweisen. Es handelte sich, wie ich damals andeutete, um ein junges Mädchen, dem im Prodromalstadium einer Meningitis cerebro-spinalis in ganz eigentümlicher Weise die Haare ausgefallen waren. Inzwischen ist es mir möglich gewesen, die ausgefallenen Haare mikroskopisch zu untersuchen; und da diese Untersuchungen zu besonderen Resultaten geführt haben, so erlaube ich mir eingehender über den Gegenstand zu berichten.

Wie schon gesagt, betraf der Fall ein junges achtzehnjähriges Mädchen, welches ich seit einer Reihe von Jahren kenne. Vor jetzt mehr als 2 Jahren hatte sie den exquisiten Symptomenkomplex eines Ulcus ventriculi rotundum. Durch strenge Regulierung der Diät, was bei der etwas eigensinnigen Kranken anfangs mit Schwierigkeiten verknüpft war, gelang es, die Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. — Die Menstruation war

[1] Nach einem in der Dermatologischen Vereinigung gehaltenen Vortrag.

[2] Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie der Alopecia areata. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1886. pag. 483.

mit dem 13. Lebensjahre aufgetreten, die Menses waren regelmäfsig, ziemlich stark. Vielfach hat Patientin an heftigen chlorotischen Beschwerden gelitten. So klagte sie seit ihrem 15. Lebensjahre häufig über Kopfschmerzen und Ohrensausen. Im Frühjahre 1885 wurde sie von ganz besonders heftigen Kopfschmerzen geplagt, ohne dafs ich dies anfangs besonders beachtete. Indes vom 17. Mai nahmen die Kopfschmerzen doch eine auffällige Heftigkeit ein. Dazu gesellte sich, schon vom nächsten Tage ab und mehrere Tage anhaltend, ein eigentümlicher Haarausfall. Bald hier, bald dort an verschiedenen Stellen des Kopfes findet sich nach Angabe der Mutter plötzlich ein Haarbüschel lose auf dem Kopfe liegend.

Am 21. Mai 1885 notierte ich folgenden Stat. praes: Patientin ist blafs, blond, hat blaue Iris, klagt über Ohrensausen, Herzklopfen, Mattigkeit. Die Füfse waren eine Zeitlang geschwollen, sind zur Zeit aber frei von Ödem. Die Kopfhaut ist aufserordentlich empfindlich; jedes leichte Anklopfen des Kopfes, jeder geringe Druck, ganz besonders das Kämmen der Haare bereitet die intensivsten Schmerzen. Die Haare sind in verschieden grofser Entfernung vom Haarboden abgebrochen, wie wenn sie durchschnitten wären. Es bleiben dabei Haarstümpfe auf dem Kopfe zurück, welche an einzelnen Stellen $^1/_2$—1 cm, an andern bis 11 cm lang sind. An den Stellen, wo die Haare ganz in der Nähe der Kopfhaut abgebrochen sind, fühlt sich der Kopf wie mit feinen Borsten bedeckt an. Bis jetzt hat namentlich der Vorderkopf gelitten, besonders R., wo fast das ganze Haar fehlt. Zu bemerken ist, dafs Patientin ein feines weiches Haar gehabt hat, um welches sie von ihren Genossinnen beneidet wurde. Weder an der Kopfhaut noch an den Haaren ist irgend etwas Abnormes zu konstatieren. Die Bruchstelle sieht aus, wie wenn das Haar mit einer Schere abgeschnitten wäre.

In den nächsten Tagen nahmen die Kopfschmerzen zu: die Patientin mufste jede Thätigkeit aufgeben. Dabei verlor sie immer mehr das Haar, und zwar genau so wie es oben beschrieben ist. Nur an einer Stelle am Hinterkopfe blieb dasselbe unversehrt: hier wurde es dann durch einen Friseur abgeschnitten, welcher es ordnete und einen Zopf daraus machte, den die Patientin

später etwa verwerten könnte. Zu den angeführten Erscheinungen gesellte sich Nackenstarre, Erbrechen, dann ein kahnförmig eingezogener Leib und eine Hyperästhesie der gesamten Körperhaut. Das Sensorium wurde benommen, doch wimmerte Patientin trotzdem beständig wegen der Kopfschmerzen, und erst durch reichliche Darreichung von Morphium konnte vorübergehend Ruhe erzielt werden. — Am 25. Mai hatte ich die Diagnose einer Meningitis cerebro-spinalis gestellt, was dann auch von Herrn Prof. Joseph Meyer, der die Patientin öfter sah, bestätigt wurde. Wie ich hier hinzufügen will, herrschte damals in Berlin eine kleine Epidemie von Cerebrospinalmeningitis. — Was den weiteren Verlauf der Krankheit anlangt, so mufste dieselbe von vornherein als eine relativ leichte aufgefafst werden. Die Temperatur war nie besonders hoch. Leider habe ich indes den Fall nicht mit jener Sorgfalt beobachten können, die er wohl verdient hätte, da ich zur Zeit selbst an einer damals sich immer stärker entwickelnden durch Leicheninfektion bedingten einseitigen Conjunctivitis litt. Nur so viel möchte ich bemerken, dafs, nachdem die Erscheinungen einige Wochen bestanden hatten, sie zurückgingen, um nach einem kurzen relativen Wohlbefinden der Kranken einem leichten Recidiv Platz zu machen. Doch überstand Pat. auch diesen Rückfall, hatte dann aber eine langwierige Rekonvaleszenz, bei der die Kopfschmerzen noch immer, wenn auch in verringertem Mafsstabe, anhielten.

Während der Rekonvaleszenz erblindete sie auf dem linken Auge, gewann jedoch in der Folgezeit das Augenlicht wieder. Zur Zeit ist sie gesund, doch ist sie seit der Krankheit noch eigentümlicher, launischer und empfindlicher als sie früher gewesen.

Epikrise. Unter den gegebenen Verhältnissen mufste ich annehmem, dafs wir es hier mit einer Meningitis cerebro-spinalis zu thun hatten, und dafs im Prodromalstadium dieser Erkrankung in der oben beschriebenen eigentümlichen Weise die Haare ausgefallen sind. Es lag nahe, hier an einen trophischen Einfluſs zu denken, und so habe ich denn diese Beobachtung auch wie oben erwähnt im Anschluſs an die Josephschen Experimente zur Stütze derselben noch verwertet. — Erst in der letzten Zeit

war ich in der Lage genauere mikroskopische Untersuchungen zu machen, ich hoffte in dieser Weise vielleicht nähern Aufschluſs über die Eigentümlichkeit jenes Haarausfalls zu erhalten. Querschnitte ergaben zunächst, daſs das Haar rund ist. Bei dem Studium der beiden Enden der ausgefallenen Haare zeigte sich immer das eine von normaler Beschaffenheit und mit einem scharfen Querschnitt endigend, das andre zerfasert. Nur zweimal fand ich Beethaare, wie sie beim normalen Haarausfall zu sehen sind.

Unzweifelhaft war der scharfe Querschnitt durch ein schneidendes Instrument zu stande gekommen. Es war nur fraglich, ob das geschnittene Ende das zentrale (d. h. dem Kopfboden nähere) oder das peripherische (d. h. demselben abgewandte) war. Allerdings sollte man zunächst meinen, daſs das gespaltene Ende das peripherische gewesen, da ja junge Mädchen die Haare für gewöhnlich nicht scheren. Indessen schneiden sie sich doch oft die Spitzen ab, in der Meinung, dadurch ein stärkeres Haarwachstum zu erzeugen. Allein Nachfragen bei der Mutter haben ergeben, daſs unsre Patientin dies nie gethan hat. In dieser Beziehung ist denn auch das Verhalten des vom Friseur abgeschnittenen Zopfes von Bedeutung. Auch hier fand sich nämlich an den einzelnen Haaren immer nur an dem einen Ende ein scharfer Querschnitt, während das andre gespalten war. Würde nun die Patientin die Gewohnheit gehabt haben, die Haarspitzen abzuschneiden, dann müſsten begreiflicher Weise die beiden Enden der einzelnen Haare mit einem scharfen Querschnitte versehen sich zeigen. — Schlieſslich teilte mir die Mutter noch mit, daſs das Haar der Patientin kurz vor der beschriebenen Erkrankung sich an seinem Ende deutlich gespalten zeigte, so daſs in der Familie schon davon gesprochen wurde es schneiden zu lassen. Doch war es nicht dazu gekommen. Demnach darf wohl als sicher angenommen werden, daſs das gespaltene Ende der ausgefallenen wie der vom Friseur abgeschnittenen Haare das peripherische gewesen ist, daſs demnach der scharfe Querschnitt sich immer an der zentralen Seite befunden hat.

Für die Beantwortung der Frage in welcher Weise dieser mysteriöse Haarausfall zu stande gekommen ist, dürfte eine That-

sache nicht ohne Bedeutung sein. Wie in der Krankengeschichte mitgeteilt ist, erblindete Patientin während der Rekonvaleszenz auf dem linken Auge. Nach einer Mitteilung, welche mir Herr Prof. Schoeler, der die Patientin zur Zeit behandelt hat, machte, handelte es sich indes nicht um eine mit einer Meningitis etwa in Beziehung stehende Erkrankung, sondern um eine hysterische Amaurose.

Somit dürfte es wohl kaum einem Zweifel unterliegen, wenn ich annehme, dafs die hysterische Patientin sich jenen Haarausfall mit einem schneidenden Instrument selbst veranlafst hat. Ja ich bin selbst kaum in der Lage, etwaigen mir geäufserten Bedenken über die Realität der Meningitis cerebro-spinalis sicher zu begegnen, zumal besonders die Beobachtung wie oben erwähnt einige Lücken bietet.

Zur Frage von der abortiven Behandlung der Gonorrhöe.

Von

Dr. Eduard Welander

in Stockholm.

In *Monatshefte für praktische Dermatologie.* 1886. Nr. 10 bespricht Bockhart eine Anzahl von ihm in der letzten Zeit ausgeführter Untersuchungen über die Gonokokken. Bei dieser Gelegenheit äufsert er sich auch über die abortive Behandlung der Gonorrhöe und erwähnt dabei meine Untersuchungen über diesen Gegenstand. Da er dieselben aber nicht richtig dargestellt hat, will ich hier in Kürze angeben, was ich über sie wirklich gesagt habe; ebenso will ich die Gründe darlegen, welche mich veranlafst haben, unter gewissen Umständen eine abortive Behandlung zu befürworten.

Seite 461 sagt Bockhart: „Welander hielt auf Grund dieses Befundes meine Ansicht vom Zustandekommen der gonorrhoischen Infektion für irrig — ich hatte behauptet, die Gonokokken wandern (rasch) zwischen den Epithelien der Schleimhaut hindurch in die Lymphbahnen der Fossa navicularis ein“ — etc. Dieses habe ich nie für irrig erklärt — im Gegenteil —, was ich aber für irrig angesehen habe ist die Ansicht, welche Bockhart in seinem Aufsatz: „Beitrag zur Ätiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers“, welcher Aufsatz sich in *Vierteljahresschrift für Derm. und Syphilis.* 1883, aufgenommen findet, ausgesprochen hat. Er sagt dort auf S. 5: „Neisser sah sie (die Gonokokken) auch auf Epithelzellen liegen, was wir nicht bestätigen können“, und auf S. 16: „Die Gonokokken wandern zwischen den Epithelien der Schleimhaut hindurch in die Lymphbahnen der Fossa navicularis ein; hier vermehren sie sich massenhaft. — Gleich bei ihrer Invasion in die Lymphbahnen haben sie sich auf die hier oben befindlichen weifsen Blutzellen geworfen und anfangs deren Kern und schliefslich auch deren Zellenleib ganz erfüllt. Mit diesen wandern sie nun durch das Schleimhautgewebe gegen das Harnröhrenlumen zu und zerstören ihre Träger entweder hier, um dann als die bekannten Gonokokkenhaufen im Trippereiter zu erscheinen“ etc. Diese Ansicht von Bockhart habe ich als unrichtig angesehen und über sie in meinem Aufsatz: Nagra undersökningar om gonorrhéens pathogena mikrober. *Nord. Med. Ark.* Band XVI. No. 2. S. 25 u. 26, gesagt: „Was seine (Bockharts) erste Behauptung anbetrifft, dafs die Gonokokken zwischen den Epithelzellen hindurch in die Lymphbahnen eindringen und erst dort anfangen sich zu vermehren, so ist dieselbe bestimmt unrichtig. Wenn man im Anfange eines Trippers (am zweiten Tage) das kleine Sekret untersucht, das ausgepreſst oder ausgekratzt werden kann, so findet man eine ziemlich bedeutende Menge von Epithelzellen mit Eiterzellen untermischt. In diesen letzteren können Gonokokken mehr oder weniger sparsam auftreten, ebenso kann man solche frei in der Flüssigkeit finden, aufserdem in gröfsern oder kleinern Gruppen auch hier und da auf den Epithelzellen; sie liegen hier nicht, wie oft in den Eiterzellen der Fall ist, einzeln und in ziemlich

grofsen Abständen, sondern in Gruppen dicht nebeneinander, und zuweilen in solcher Menge, dafs sie beinahe die ganze Fläche der Zelle einnehmen. In zweien der Fälle, welche ich inokuliert, sowie in zwei andern, welche ich zwei Tage nach dem Beischlaf untersucht habe, zeigten sich im Sekret eine Menge solcher Epithelzellen, auf denen grofse Gonokokkengruppen gelagert waren, während die gonokokkenführenden Eiterzellen nur sehr sparsam auftraten. Wenn man solche Präparate sieht, so kann man nicht gut anders glauben, als dafs diese Gonokokkengruppen sich auf und zwischen den Epithelzellen entwickelt haben. Es ist höchst unwahrscheinlich, dafs die Gonokokken in das Sekret mit ausgewanderten Eiterzellen kommen, die dann bersten und dadurch die Gonokokken frei geben, und noch unwahrscheinlicher ist es, dafs diese frei gewordenen Gonokokken sich nachher in der angegebenen Weise auf den Epithelzellen gruppieren. Ich kann nicht anders glauben, als dafs die Gonokokken, wenn sie in die Harnröhre gelangen, speziell wenn sie in die Fossa navicularis kommen, wo sie ungestörter liegen und nicht so leicht durch den Urinstrahl fortgeschwemmt werden, bald zwischen die Epithelzellen dringen, sich dort vermehren und dann in die Lymphbahnen der Schleimhaut eintreten. Dieses ist von ziemlich grofser praktischer Bedeutung, denn, ist diese Ansicht richtig, so hat man nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, eine abortive Behandlung zu versuchen."

Über die Ausbreitung und Teilung der Gonokokken habe ich mich ferner in *Hygiea.* Jan. 1885. S. 6 wie folgt geäufsert: „Ich glaube, dafs dann, wenn es im Kampfe zwischen den Gonokokken und den weifsen Blutzellen einer dieser Zellen gelungen ist, sich einiger Gonokokken zu bemächtigen, diese dadurch unschädlich gemacht werden und das Vermögen verlieren, sich noch mehr zu propagieren. Wäre dieses nicht der Fall, so müfste man in den in das Lumen der Harnröhre ausgewanderten weifsen Blutzellen in der Teilung begriffene Gonokokken antreffen.

Alles scheint mir dafür zu sprechen, dafs die Gonokokken sich teilen, wenn sie auf und zwischen den Epithelzellen liegen oder auch sich frei im Trippersekret finden. Auf diese Weise wird es ihnen leicht, sich auf der Schleimhaut der Harnröhre

auszubreiten, und dies nicht nur bis zum Bulbus, der Pars membranacea und prostatica, sondern wahrscheinlich auch in dem Samenstrange bis zu dem Nebenhoden.

Sicherlich können sie auch von der Oberfläche der Schleimhaut in unterliegende Teile eindringen, unter beständigem Kampfe mit den weifsen Blutzellen sich in und längs den Lymphbahnen vermehren, in die umgebenden Gewebe und in die Lymphdrüsen, ja sogar in die Blutgefäfse eintreten und in diesen sodann den Weg nach entfernten Teilen des Körpers, z. B. den Gelenken finden."

Ich habe also in keiner Weise bestritten, dafs die Gonokokken zwischen den Epithelzellen hindurch in die Lymphbahnen wandern, wohl aber habe ich BOCKHARTS Ansicht, dafs sie sich erst in den Lymphbahnen vermehren, für unrichtig angesehen.

Vergleichen wir indessen meine Ansichten mit denjenigen, welche BOCKHART in seinem letzten Aufsatz in dieser Zeitschrift, S. 464—466, mitteilt, so finden wir, dafs seine jetzigen Ansichten ziemlich nahe mit den von mir in meinen Aufsätzen ausgesprochenen übereinstimmen und ebensowohl als diese von seinen früheren, die er in seinem Aufsatze 1883 dargelegt hat, gerade in den Punkten abweichen, welche ich hier oben genannt habe.

Nun sagt BOCKHART: „Die Gonokokken vermehren sich zunächst auf der feuchten obersten Epithelschicht." „Sie dringen alsdann rasch zwischen den Epithelzellen in die Tiefe gegen den Papillarkörper der Schleimhaut vor; sie lockern die Epithelschicht auf ihrem Wege durch dieselbe" etc. Er sagt nicht ausdrücklich, dafs die Gonokokken während ihres Vordringens in die Tiefe zwischen den Epithelzellen mit ihren Teilungen fortfahren, doch läfst sich nicht einsehen, warum die Gonokokken sich zwischen den Epithelzellen nicht ebenso gut vermehren sollten als auf und unter denselben. Man findet ja auch, wie ich in meinem Aufsatz in *Hygiea* abgebildet habe, kleine Epithelzellen, auf denen grofse Gruppen von Gonokokken gelagert sind.

Es war inzwischen gerade die von BOCKHART ausgesprochene Behauptung, dafs die Gonokokken sich nicht zwischen und auf den Epithelzellen, sondern erst in den Lymphbahnen vermehren, welche ihn veranlafste, eine abortive Behandlung für „unhaltbar"

zu erklären. Wenn er aber sagt, dafs die Gonokokken 18 Stunden brauchen können, um das Epithellager zu passieren, so mufs er doch wohl auch die Möglichkeit zugeben, dafs eine ordentliche Abortivbehandlung während dieser Zeit, während welcher die Gonokokken sich nur auf und zwischen den Epithelzellen finden, günstige Resultate erzielen kann.[1]

Jetzt ist die Frage die, ob das auch wirklich der Fall ist, was BOCKHART auf Seite 464 sagt: „Sehr bald, spätesten 18 Stunden nach der Infektion, sind die Gonokokken unterhalb des Epithels und auf dem Papillarkörper der Schleimhaut angekommen." Ich will gewifs nicht bestreiten, dafs dieses geschehen kann, ja! dafs es sogar sehr oft geschieht; dafs es aber immer geschieht, dieses bestreite ich. Ich habe einigemal Patienten behandelt — vollkommen glaubwürdige Personen, die genau auf sich acht gegeben haben —, welche nach ihrer Angabe 2, 3, oder 4 Tage nach dem Coitus das erste Stechen in der Harnröhre gefühlt, und die erste geringe Absonderung aus derselben bemerkt haben, in welcher Absonderung sich die auf den Epithelzellen massenhaft gelagerten Gonokokken, aber keine oder beinahe keine Eiterzellen fanden. Ganz dasselbe habe ich ein paar mal bei der Inokulation minimaler Quantitäten Gonokokken enthaltenden Eiters in die Harnröhre beobachtet.

Dafs in solchen Fällen die Gonokokken durch das Epithellager nicht in 18 Stunden passiert sind, glaube ich mit vollem Rechte behaupten zu können. Es ist in Fällen wie diese, wo man 2—3 Tage nach dem Coitus nahezu ausschliefslich Epithelzellen mit darauflagernden Gonokokken findet, in denen man meiner Ansicht nach nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet ist, eine kräftige Abortivbehandlung zu versuchen.

BOCKHART sagt ferner auf S. 462: „Ich habe aber nichts davon gelesen, dafs WELANDER, der doch offenbar über ein grofses

[1] Eine abortive Behandlung 16—18 Stunden nach dem Coitus kann doch wohl nicht als „prophylaktische Mafsregel" (als welche vielleicht HAUSMANNS Verfahren gelten könnte) bezeichnet werden, denn dann müfste als eine solche Mafsregel auch eine abortive Behandlung am 3., am 4. oder 5. Tage nach dem Coitus angesehen werden, was aber mit der gewöhnlichen Auffassung von der Prophylaxis nicht zu vereinen ist.

Krankenmaterial verfügt, mit der abortiven Behandlung des Harnröhrentrippers, die er empfohlen, irgend welche Erfolge erzielt hätte."

In meinem Aufsatz in *Nord. Med. Ark.* S. 39 sagte ich (nachdem ich beschrieben, auf welche Weise ich die abortive Behandlung ausführe, und erwähnt, dafs dieselbe günstige Resultate gegeben habe:

„ . . . . . und ich will hierfür ein Beispiel anführen. P. übte den Beischlaf das letzte mal am 14. Oktober aus. Am 16. Oktober fühlte er Stiche in der Harnröhre. Am 17. Oktober geringes Brennen beim Urinieren; auch zeigte sich ein unbedeutender Ausfluſs, weshalb ich Touchierung auf die soeben beschriebene Weise anwandte. Im Sekret fanden sich Epithelzellen, auf denen gröfsere oder kleinere Gruppen von Gonokokken lagerten, ebenso enthielt dasselbe eine grofse Menge freier Gonokokken. Am 18. Oktober abermals Touchierung, Einspritzung von Zinklösung im Laufe des Tages. Am 20. Oktober geringer Ausfluſs, der vordere Teil der Harnröhre etwas empfindlich, bei Druck ein paar Tropfen Blut. Am 22. Oktober keine Spur von Ausfluſs und bei Druck kein Blut; mit der Rinnsonde wurde aus der Fossa navicularis eine etwas mit Blut untermischte Flüssigkeit herausgekratzt, welche meist Epithelzellen enthielt; Gonokokken waren nicht zu entdecken.

Leider ist das Resultat der Behandlung nicht immer so günstig wie in diesem Falle. Die erste Bedingung eines günstigen Erfolges ist, daſs der Tripper sich in seinem allerersten Stadium befindet."

In meinem Aufsatz in *Hygiea.* 1885. S. 4 äufserte ich: „Seitdem habe ich nur in ein paar Fällen Gelegenheit gehabt, einen Tripper in einem so frühen Stadium zu behandeln, daſs von der abortiven Behandlung ein günstiges Resultat zu erwarten war, und in einem dieser Fälle ist das Ergebnis auch ein glückliches gewesen, was dafür spricht, daſs die Gonokokken wenigstens in diesem Falle noch nicht tief in die unterliegenden Teile eingedrungen waren."

Also habe ich Beispiele angeführt, daſs es mir geglückt ist, eine im Anfang begriffene Gonorrhöe zu koupieren.

Es ist selbstverständlich unbedingt notwendig, daſs man die abortive Behandlung auf eine kräftige Weise ausführt, sofern man ein günstiges Resultat erzielen will. In meinem Aufsatz in *Nord. Med. Ark.* S. 39 habe ich beschrieben, auf welche Weise ich zuwege gegangen bin (nachdem ich den Patienten unmittelbar

vorher habe urinieren lassen): „Auf einem solchen Tamponträger, wie man sie bei endoskopischen Untersuchungen anwendet, habe ich ein Bällchen von Baumwolle befestigt und ihn dann mit diesem in den vordern Teil der Harnröhre geführt, deren Wände ich sodann, hauptsächlich in der Fossa navicularis, mit dem Bällchen kräftig abrieb; solche Tamponträger habe ich zwei bis dreimal in die Harnröhre eingeführt, bis das Sekret vollständig herausgekratzt war und sich einige Tropfen Blut zeigten. Nachdem diese behutsam abgetrocknet waren, habe ich die Schleimhaut ein paar mal kräftig mit starker Lapislösung gepinselt. Am folgenden Tage habe ich dieses Verfahren wiederholt. Auf diese Weise habe ich mechanisch eine ganze Menge von Epithelzellen und zwischen diesen liegende Gonokokkengruppen herausgekratzt und dadurch die Schleimhaut von einer grofsen Menge pathogener Mikrobien befreit. Aufserdem ist die kauterisierende Wirkung der Lapislösung eine viel kräftigere, wenn die obere, festere Epithelschicht fortgenommen wird. Die Aussicht, dafs die zurückgebliebenen Gonokokken hierdurch getötet werden, ist natürlicherweise eine viel gröfsere, als wenn die Touchierung ohne Auskratzung geschieht.“ In letzterer Zeit habe ich anstatt der Touchierung mit dem Pinsel 1 g Lapislösung (1 : 50) eingespritzt und diese einige Minuten in der Röhre gelassen. Ein solches Verfahren ist von einer viel kräftigeren Wirkung als dasjenige Bockharts, und diese Wirkung erstreckt sich oft sogar bis unter das Epithellager. Dafs die abortive Behandlung für den Patienten schädlich ist, habe ich nie beobachtet.

Was nun Bockharts Verfahren anbetrifft, so kann man von einer derartigen Behandlung kein günstiges Resultat erwarten. Eine Sublimatlösung 1 : 10000 ist für die Gonokokken nicht immer tödlich, und eine abortive Behandlung, die nur aus der Einspritzung einer solchen Lösung besteht, kann daher nicht gut Erfolg haben. Ich habe eine Anzahl von Versuchen angestellt, um zu ermitteln, welche Stärke eine Sublimatlösung haben mufs, um für die Gonokokken tödlich zu sein. Ich bin dabei so zuwege gegangen, dafs ich Gonokokken enthaltendes Trippersekret genommen und sofort in die Sublimatlösung gebracht habe. Nachdem es einige Minuten in der Lösung gelegen, habe ich

von dem Eiter mit Vorsicht so viel als möglich herausgenommen und dieses sodann auf schwedisches Filtrierpapier gebracht, um von diesem die Sublimatlösung aufsaugen zu lassen, worauf ich den Eiter in die Urethra eines gesunden Mannes eingeführt habe. In meinem obengenannten Aufsatz in der *Hygiea* habe ich alle diese Versuche beschrieben. Liefs ich den Trippereiter einige Minuten in Sublimatlösung 1 : 1000 oder 1 : 5000 liegen, so erhielt ich nach der Inokulation desselben in die Harnröhre ein negatives Resultat, ebenso in einem Falle, wo der Trippereiter einige Minuten in einer Sublimatlösung 1 : 10000 gelegen hatte; in dem folgenden Falle aber gab eine derartige Inokulation positive Resultate (siehe S. 17).

„Am 22. Novbr. hatte X. seit einigen Tagen einen Tripper, dessen Eiter eine bedeutende Menge Gonokokken enthielt. Trippereiter wurde genommen und in Sublimatlösung 1 : 10000 fünf Minuten liegen gelassen und sodann in die Urethra von A. eingeführt. Am 24. Novbr. liefs sich eine schwach seropurulente Flüssigkeit herauspressen; hier und da in derselben zeigten sich gonokokkenähnliche Mikrobien; auf einer Epithelzelle lag eine grofse Menge derselben dicht nebeneinander. Am 25. November geringer Ausflufs; hier und da in demselben typische Gonokokkengruppen. Am 29. Novbr. ziemlich geringer Ausflufs; reich an Gonokokken. Am 8. Dezember Gonokokken in grofser Menge."

Wenn nun, wie man sieht, eine Sublimatlösung 1 : 10000 die Gonokokken nicht mit Sicherheit tötet, wenn ein Tropfen Trippereiter der Wirkung einer solchen Lösung fünf Minuten ausgesetzt ist, so läfst sich kaum erwarten, dafs eine Einspritzung dieser Lösung in die Urethra in dieser Zeit die Gonokokken zu töten vermag, welche zwischen den Epithelzellen liegen, und mit dieser Sublimatlösung daher schwerlich in Berührung kommen dürften. Dafs eine auf solche Weise ausgeführte Abortivbehandlung mifsglückt, beweist keineswegs, dafs man unter günstigen Umständen mit einer kräftigen Behandlung nicht einen Tripper zu koupieren vermag. Dieses gilt auch in bezug auf BOCKHARTS Versuch, eine Gonorrhöe mit einer ½ % Höllensteinlösung zu koupieren; bei der abortiven Behandlung wird wenigstens eine 2 % Lösung angewandt.

Nun zum Schlufs noch einige Worte. BOCKHART sagt in seiner verdienstvollen Abhandlung „Über die pseudo-gonorr-

hoische Entzündung der Harnröhre und des Nebenbodens“ in dieser Zeitschrift. 1886. No. 4 auf S. 136: „Es ist möglich, dafs manchmal dieser einfache „nicht virulente“ Harnröhrenkatarrh für eine beginnende Gonorrhöe gehalten wurde, deren rasche Heilung oder „Koupierung“ dann bei Patient und Arzt Freude und Erstaunen erregte.“ Ich habe einige Fälle von Urethritis gesehen, in denen sich eine Menge von Kokken fanden, teils frei in dem seromukösen Sekret, teils in grofsen Mengen auf den Epithelzellen; diese Kokken waren kleiner als die Gonokokken, aufserdem färbten sie sich (in derselben Zeit wie diese, während $^1/_3$—$^1/_2$ Minute) mit Fuchsin auch viel schwächer als die Gonokokken nach der Methode, welche ich angewandt und in *Nord. Med. Ark.* beschrieben habe. Es ist mir nicht geschehen, dafs ich eine solche Urethritis mit einer virulenten verwechselt habe. Ich bemerke dieses hier, um der Annahme vorzubeugen, dafs es nicht beginnende wirkliche virulente Gonorrhöen gewesen seien, welche ich in einzelnen Fällen durch eine kräftige Abortivbehandlung koupiert habe.

Die neueste Form meines Suspensoriums.

Von

Dr. M. Ihle

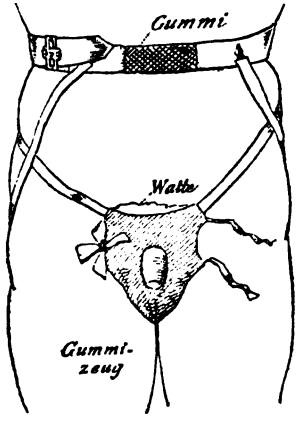
in Leipzig.

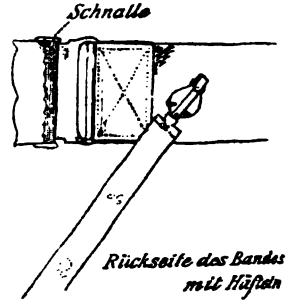
Mit 4 Abbildungen.

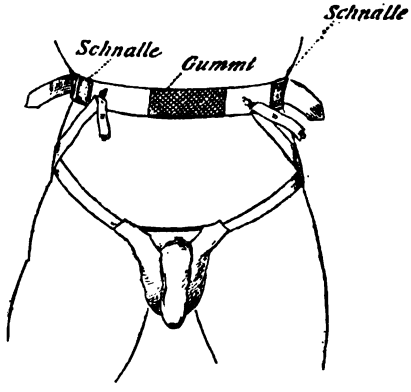
Die kritischen Bemerkungen, welche Unna bei Besprechung der auf der Kopenhagener Ausstellung eingesandten Suspensorien über die von mir konstruierten verlauten liefs, auf der einen Seite, anderseits auch die praktische Verwendung derselben während des verflossenen Jahres haben mich bestimmt, an den damals von mir eingeschickten Suspensorien in mehrfacher Beziehung Änderungen vorzunehmen, ohne dafs es jedoch nötig war, die Grundprinzipien, von denen ich ausgegangen, fallen zu lassen.

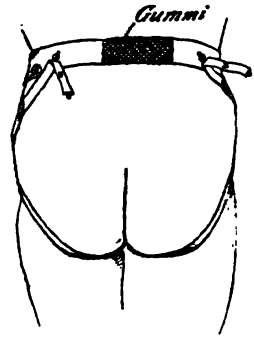
Bei der folgenden Beschreibung meiner umgestalteten Sus-

pensorien mufs ich die Kenntnis von UNNAS Artikel[1] voraussetzen, damit ich nur die Veränderungen zu beschreiben nötig habe, die ich an den Suspensorien vorgenommen habe.









Den wie früher horizontal über die Hüftknochen verlaufenden Leibgurt habe ich nicht für nötig befunden, wie es UNNA wünschte, ganz aus Gummi anfertigen zu lassen, weil dadurch der Verband ganz bedeutend verteuert werden würde, aufserdem auch noch aus dem Grunde, weil meiner Meinung nach das Gurtband mindestens 4—5 cm breit sein mufs, um nicht in die Haut ein-

[1] *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1885. pag. 121.

zuschneiden. Dies würde aber bei einem schmalen elastischen Gürtel stets der Fall sein, wenn man ihn straff anzöge.

Um aber den Einwand, dafs der Gurt meines Suspensoriums infolge seines horizontalen Verlaufs über die Hüftbeinkämme zu wenig nachgiebig sei, vollständig illusorisch zu machen, habe ich aufser auf der Rückseite, wo bisher allein ein Gummistück eingesetzt war, auch mitten auf der Vorderseite ein Stück Gummigurt einsetzen lassen. Damit wird jedenfalls auch dem empfindlichsten Patienten ein genügend elastischer Leibgurt geschaffen.

Eine zweite ganz wesentliche Verbesserung haben meine Suspensorien dadurch erfahren, dafs ich UNNAS Rat, statt einer einseitigen Schnalle deren eine an jeder Seite anzubringen, acceptiert habe. Für den Bandagisten erwächst daraus der Vorteil, dafs er mit einer Gröfse von Suspensorien korpulente und schlanke Personen befriedigen kann. Für den Patienten selbst ergibt sich ein stets bequemes und unverschiebbares Sitzen des Verbandes, indem die Fixationspunkte für die Tragbänder stets symmetrisch zu liegen kommen. Nur möchte ich den Rat geben, den Verband das erstemal von sachkundiger Hand anlegen zu lassen, damit bei weniger geschickten Patienten der vordere und hintere Gummieinsatz stets genau in die Mitte kommen.

Als Schnallen verwende ich nicht mehr die gewöhnlichen bisher allein angewandten Hosenschnallen, die mit ihren Stacheln in den starken Gurt schlecht eindringen und ihn allmählich zerstechen, sondern ich habe dazu Klemmschnallen mit kurzen Widerhaken genommen, wie ich sie an den Argosy-Hosenträgern gesehen hatte; denn abgesehen von der Vermeidung des Zerstechens des Gurtes läfst sich mit ihnen eine viel bequemere Verstellung desselben erreichen, ohne dafs die Fixierung des Verbandes benachteiligt wird.

Unverändert beibehalten habe ich die Karabinerhaken, die in der Richtung der an sie zu befestigenden Tragbänder verlaufen, sowie die Ösen, die an den letzteren aufgenäht und nicht eingeschlagen sind. Beide haben sich in der Praxis so gut bewährt, dafs ich zu einer Änderung keinen Grund fand.

Was nun den Haupteinwand betrifft, den UNNA bei meinen Suspensorien zu machen hatte, dafs sie nämlich die Hebung und

Anziehung des Hodens an den Leib nicht genügend zu stande brächten, so freue ich mich, mitteilen zu können, dafs diese Mängel durch die geringfügigen Änderungen, wie sie UNNA vorschlug, vollständig beseitigt worden sind. Früher hatte ich die von hinten nach vorn verlaufenden Bänder nahe der vorderen Medianlinie befestigt, die von der vorderen Seite des Beutels jedoch entspringenden und nur wenig schief nach aufsen verlaufenden Bänder einfach an demselben Haken fixiert, an dem die Enden der hinteren oder Schenkelbänder angehängt wurden. Die UNNAsche Idee ging nun dahin, wie ich das mit den Schenkelbändern gethan, auch die vorderen vom vorderen (oberen) Teile des Beutels entspringenden Gummibänder zu verlängern und ihren Fixationspunkt nahe der hinteren Medianlinie zu verlegen, so dafs die hinteren wie vorderen Bänder sich beiderseits über den Hüftknochen kreuzen. Damit erreichen wir sofort die gewünschte Hebung und Kompression der Hoden durch die gröfsere Zugkraft der vorderen an Länge den Schenkelbändern jetzt fast gleichkommenden Tragbänder, die noch dadurch verstärkt wird, dafs man sie im Verhältnis zu den Schenkelbändern etwas mehr anzieht und — darauf ist hauptsächlich zu achten — zuerst am Gurt befestigt. Denn hängt man zuerst die Schenkelbänder an, so behalten sie stets das Übergewicht über die vorderen, die den Beutel und mit ihm die Hoden heben sollen, und der Hauptzweck des Suspensoriums, der gerade in der Fixierung und Hebung des Hodens gegen den Bauch zu besteht, würde dadurch verfehlt. Auch bei teilweiser Abnahme des Suspensoriums sollen stets die Schenkelbänder zuerst abgenommen werden, nie die vorderen.

Die elastische Säumung des Beutels, welche UNNA zum Zweck eines festen Anschlusses des Hodens für unwesentlich hielt, habe ich doch beibehalten. Denn, wenn durch die Verlängerung der vorderen Bänder dieser Anschlufs auch an und für sich ein genügender ist, so wird er doch gewifs durch diesen elastischen Saum noch verstärkt. Unbequem ist es keineswegs, da durch die veränderte Konstruktion ein seitlicher Druck auf den Hoden absolut vermieden wird.

Betreffs der LANGLEBERTschen Suspensorien, welche übrigens genau in derselben Weise wie die Trippersuspensorien umgestaltet

worden sind, habe ich noch einer, wie ich glaube, immerhin beachtenswerten Verbesserung Erwähnung zu thun. Das Prinzip dieses Verbandes liegt bekanntlich darin, bei Epididymitiden neben dem gleichmäfsigen Druck auf den entzündeten Hoden die Entwickelung einer gleichmäfsigen feuchten Wärme (ähnlich einem Priefsnitz-Umschlag) zu erzielen, um auf diese Weise eine Resorption der Infiltration zu bewirken. Eine derartige feuchte Wärme wird hervorgerufen dadurch, dafs zwischen dem aus starker Leinewand bestehenden Beutel und der den Hodensack umhüllenden Watteschicht ein Stück Gummistoff eingeschaltet wird, der die Verdunstung des sich gerade an den Genitalien reichlich entwickelnden Schweifses verhindert. Nun habe ich den Beutel direkt aus Gummizeug anfertigen lassen, so dafs das leicht verschiebliche und die Watteschicht nur unvollkommen umhüllende Zwischenstück wegfällt. Dies bedingt natürlich eine grofse Vereinfachung des Verbandes. Noch vorteilhafter wäre es gewesen, wenn es mir gelungen wäre, dazu einen Gummistoff aufzufinden, wie ich ihn an den KOHNschen Suspensorien neuerer Konstruktion in Wien gesehen habe. Dieser Stoff besteht aus einem nach jeder Richtung hin gleichmäfsig elastisch dehnbarem Gewebe, und ist dabei ebenso wasserdicht, wie das gewöhnliche unelastische Gummizeug. Doch ist dieser höchst praktische Stoff leider nicht zu haben, da er als gesetzlich geschützt nur zu den KOHNschen patentierten Suspensorien verwandt werden darf.[2]

[2] Meine neu veränderten Suspensorien sind zum Preise von 3—4 Mark zu haben bei O. MOECKE in Leipzig, Schillerstrafse, und J. LEITER in Wien.

Über Myiasis externa dermatosa.

Von

Dr. med. et phil. GUSTAV JOSEPH,

prakt. Arzt und Dozent a. d. Universität Breslau.

(Schlufs.)

Myiasis dermatosa oestrosa.

Aus der bisherigen Schilderung der Myiasis geht hervor, dafs die Erkrankungen an Myiasis dermatosa muscosa, obgleich sie in Europa nicht die Häufigkeit erreichen, als in Amerika, doch nicht nur in Rufsland, sondern auch in den, der Kultur zugänglicheren Ländern nicht zu den seltensten, obschon häufig übersehenen oder verkannten Vorkommnissen gehören. Im Gegensatze hierzu ist die Myiasis oestrosa wenigstens in Europa am Menschen ungemein spärlich bisher beobachtet worden. In Amerika freilich ist auch diese Form viel häufiger als in Europa. So ist nach Mitteilung meines Freundes Dr. LUTZ das durch Östridenlarven verursachte Hautleiden unter der ländlichen Bevölkerung in Brasilien nicht selten, und werden besonders Kinder davon häufiger heimgesucht als Erwachsene. Indessen kommt dasselbe nicht häufig in ärztliche Behandlung, da sich die Bewohner gewöhnlich selbst zu helfen wissen. Während wir von den Muscinen kennen gelernt haben, dafs ihr Parasitismus einen ansehnlichen Kreis von warmblütigen Wohntieren umfafst, in denen die Maden sich bis zur Puppenreife entwickeln können, scheint im Gegensatze hierzu jede Östridenart auf je einen bestimmten Wirt oder einige bestimmte Wirte aus der Klasse der Säugetiere behufs vollständiger Entwickelung angewiesen zu sein. Keine einzige Östridenart ist dem Menschen eigentümlich. Obgleich sowohl in Amerika als in Europa bis zur Mitte unsers Jahrhunderts in medizinischen und zoologischen Schriften viel von einem Oestrus hominis die Rede war, so existiert ein solcher nicht, und die Annahme seiner Existenz hat sich als irrtümlich herausgestellt. Dennoch aber sind in beiden Hemisphären — in Amerika freilich viel häufiger als in Europa — Östridenlarven mit voller Sicherheit im Menschen nachgewiesen

worden. In Florida, Mexiko, Neu-Granada, Argentinien, Brasilien, Costarica und andern Gebieten wird besonders da, wo grofse Viehherden gehalten werden, Myiasis oestrosa nicht selten bei Hirten, Jägern, überhaupt bei der ländlichen Bevölkerung beobachtet. Die Rinder werden dort von den Larven einer Östridenart, Dermatobia noxialis Goudot, heimgesucht. Die Maden derselben Art sind es, welche nach den Zuchtergebnissen Goudots[1] auch beim Menschen schmarotzen, zuweilen aber auch bei Hirtenhunden in deren Dasselbeulen angetroffen werden. Aufserdem sind die Larven von 2 andern noch unbestimmten Östridenarten beim Menschen beobachtet worden, die auf Karnivoren (Felis concolor) und auf Nager (Hesperomus flavescens) angewiesen sind. Aus der grofsen Zahl der Östridenarten, deren Larven in Europa auf Haustiere und Edelwild als Wohntiere angewiesen sind, haben glaubwürdige Beobachter die Larven zweier Arten, Hypoderma bovis L. und H. Diana Br., auch beim Menschen, freilich äufserst selten, aufgefunden. Die Larven der ersten Art schmarotzen in den Dasselbeulen des Rinds, die der zweiten Art in denen des Rehes und Hirsches.

Es steht fest, wie dies der gröfste jetzt lebende Östridenkenner, Brauer, in seiner klassischen Arbeit[2]: Systematische Studien auf Grundlage der Dipterenlarven. S. 81, ausgesprochen hat, dafs die Biesfliege unter normalen Verhältnissen den Menschen behufs Ablegens ihrer Eier nicht aufsucht, dafs aber die junge Larve auf ihrer Wanderung vom Ei bis unter die Haut recht leicht bei Berührung von Tieren, beim Reinigen derselben, beim Abziehen des Felles auf Menschen übertragen werden könne. Der verdienstliche Forscher hat an sich selbst erfahren, dafs künstlich auf den Menschen übertragene neugeborene Östridenlarven sofort in die Haut des Menschen sich einbohren. Andre Forscher haben das Experiment weiter verfolgt und die unter der Haut befindliche Östridenlarve zu einer gewissen Gröfse anwachsen lassen. In manchen Fällen könnten bei Menschen,

[1] *Annales des sciences naturelles.* 1845. pag. 221 ff.

[2] Die Zweiflügler des Kais. Mus. in Wien. III. System. Stud. auf Grundlage der Dipterenlarven etc. M. 5 Tafeln. *Denkschriften der Kais. Akademie der Wissenschaften.* Bd. 47. Wien 1883.

welche in Viehställen wohnen, die Fliegen (Hypoderma bovis L.) durch den Geruch der Kleider angezogen werden, um ihre Brut auf ihre Haut abzusetzen. Damit sind jedoch nach meinen Erfahrungen noch nicht alle Möglichkeiten erschöpft. Ich selbst habe in früherer Zeit, als in der Umgegend von Breslau (Mahlen, Lissa) noch zahlreiche Schafherden gehalten wurden, Östridenweibchen (Oestrus ovis L.) oft im Fluge gefangen, welche die Schafe umschwärmten, ohne zur Eiablage gelangen zu können, weil letztere, die Gefahr der Infektion witternd, in Rudeln zusammengedrängt, ihre Schnauzen eng beieinander und in den Erdboden eingewühlt hielten. An diesen Fliegen war die Eilegeröhre aus dem Hinterleibe weit herausgestreckt, aus deren Öffnung ein Ei vorragte. Bei der Herausnahme aus dem Fangnetze ereignete es sich einigemal, dafs die geängstigten Tiere 20 bis 30 Eier an die Wand des Fangglases spritzten, wo sie hafteten. Darum halte ich die Verlegenheit, um die geeignete Brutstätte für die wichtigste Veranlassung, dafs die mit so spezifischer und distinkter Wahltendenz ausgestattete Fliege, obgleich mit Wiederstreben, doch aus Not zu einem andren Tiere, selbst dem Menschen, im Triebe zur Erhaltung der Art ihre Zuflucht nimmt, um den Drang ihre Eier abzusetzen endlich zu befriedigen. Die Ausdünstung von Menstrualblut scheint ihr Widerstreben gegen den Menschen zu vermindern und sie zu veranlassen, die weniger leicht zugängliche weibliche Schamgegend der leicht zugänglichen Kopfhaut vorzuziehen. Die Larve selbst ist mit Geruchsorganen nicht ausgestattet; bei ihr spielt der Geschmackssinn und vor allem die Befriedigung des mächtigen Nahrungsbedürfnisses die Hauptrolle. Hat nun die Infektion stattgefunden und die Hypodermenlarve sich in das subkutane Bindegewebe eingebohrt, so findet sie daselbst auch beim Menschen alle Bedingungen der Weiterentwickelung bis zur Puppenreife. Dafs der Mensch wegen der durch sie verursachten Beschwerden sie unter gewöhnlichen Verhältnissen kaum zur Endentwickelung gelangen läfst und zu entfernen bestrebt ist, berechtigt noch nicht zu dem irrigen Schlusse, dafs im Bindegewebe befindliche Larven nicht ebenso gut im Menschen, wie in dem ihr zugehörigen Wohntiere, ihre Ent-

wickelung bis zur Puppenreife durchmachen können, da ja hier keine neuen Verhältnisse vorliegen, an die sie ihre Lebensweise anzupassen hätten.

Diese Thatsache, dafs ein Parasit, der auf einen bestimmten Wirt angewiesen ist, unter gewissen Umständen auch den Menschen heimsucht, in letzterem bis zur Entwickelung gedeihen, Geschlechtsreife erreichen kann, steht im Gebiete des Parasitismus nicht vereinzelt da. Dabei sehen wir von den Fällen ab, in denen der Mensch zur Endstation der Entwickelung bestimmt ist, aber wunderbarer Weise auch zur Vorstation wird. (Taenia solium L. — Cysticercus telae cellul.) So gedeihen Balanthidium coli des Schweins, Coccidium oviforme Lkt. des Kaninchens auch im Menschen. Taenia cucumerina des Hundes wird zuweilen auch im Menschen gefunden und mit trächtigen Gliedern daselbst angetroffen. Die Larven der Leberegel, Distoma hepaticum und lanceolatum des Schafes, des Rundwurms Ascaris mystax Z. der Katze, begehen zuweilen den Fehlgriff, nach Einwanderung in den Menschen in demselben geschlechtsreif zu werden.

Die in das subkutane Bindegewebe eingedrungenen Östridenlarven erzeugen bald juckende, bald stechende Empfindungen, geben aber ihre Anwesenheit in den ersten Monaten durch kaum wahrnehmbare Veränderungen an der betreffenden Hautpartie kund. Sie wachsen in den ersten Monaten äufserst langsam. Erst wenn sie in das 3. Entwickelungsstadium getreten sind und ansehnliche Gröfse erlangt haben, erzeugen sie bei Tieren und Menschen die später geschilderten kleinen Geschwülste oder Dasselbeulen und damit gröfsere Beschwerden. Sind sie nur in geringer oder mäfsig grofser Anzahl vorhanden, so haben sie keinen schlimmen Einfluſs auf den Gesundheitszustand der Befallenen. (La santé des quadrupedes, qui nourissent des Oestrides cuticoles, ne paraît en aucune façon modifiée par leur présence. cf. Megnin l. c. pag. 39.) Die Beulen fühlen sich elastisch, verschiebbar, wie Tumores saccati, und so wenig heifs wie diese an und erreichen die Gröfse einer halben Pflaume. Durch Explorativpunktion ist die differentielle Diagnose leicht zu stellen.

Wie selten in Europa im Gegensatze zu Amerika die Erkrankungen an Myiasis dermatosa oestrosa bisher konstatiert werden konnten, geht daraus hervor, dafs bisher nur 5 mit Sicherheit verbürgte Fälle bekannt geworden sind.

Der älteste Fall ist der, welcher von Dr. A. SPRING[3] im Jahre 1861 veröffentlicht worden ist. Die Patientin zeigte eine Dasselbeule an der linken Kopfseite, zwei andre gegen den Scheitel zu, eine 3. in der rechten Schläfengegend. In jeder derselben war nur eine Östridenlarve, welche der berühmte französische Entomologe LACORDAIRE als die von Hypoderma bovis Latr. erkannte.

Der 2. Fall betrifft drei jugendliche Larven von vermutlich (nach BRAUER) Hypoderma Diana Br., von welchen eine dem Dr. VÖLKEL[4] zu Perleberg in Westfalen, nachdem sie aus einer von 3 Dasselbeulen am Kopfe und Halse eines 13jährigen Knaben am 27. Februar 1882 ausgedrückt worden war, in Spiritus konserviert, übergeben wurde. Sie mafs $1^1/_2$ cm an Länge und 4 mm an Breite. Der Befallene hatte im vorangegangenen Sommer oft am Tage im Freien geschlafen. Die Dasselbeulen waren nach Entfernung der Larven am 12. März 1882 zu nadelknopfgrofsen Narben zusammengeschrumpft.

Der 3. Fall wurde einige Zeit nach dem Erscheinen des 1. Teils meiner Arbeit über Myiasis (in der *Deutschen Medizinalzeitung*. 1885) von S. CALANDRUCCIO 1886[5] sehr genau beschrieben. Die im 3. Stad. befindliche Larve war im Jahre 1879 von Professor BERETTA aus einem Tumor am Nacken eines kleinen Knaben entfernt worden. Sie ergab sich als die Larve von Hypoderma bovis.

Von den beiden von mir selbst beobachteten Fällen der Myiasis cutanea oestrosa betrifft der eine ein 20 Jahr altes Bauernmädchen aus der Umgegend von Freyburg in Schlesien und datiert aus dem Jahre 1864. Der Ort, an welchem die Dasselbeulen safsen, war die obere Schamgegend bis zu den

---

[3] *Bulletin de l'Academie de méd. de Belgique.* T. IV. Nr. 3. pag. 172—174. 1861.

[4] *Berliner Klin. Wochenschrift.* 1883. Nr. 14.

[5] Insetti parassiti dell'uomo, memoria di S. CALANDRUCCIO. Estratto dalla *Gazzetta degli Ospitali.* 1885. Nr. 84 u. 85. Milano 1886. pag. 1—5.

Labiis majoribus herab. Obgleich die Kranke als völlig intakte Jungfrau sich erwies, war sie doch von 2 Ärzten nacheinander, die das Leiden wahrscheinlich für ein syphilitisches gehalten haben mochten, mit Quecksilber und Jodpräparaten erfolglos behandelt worden. Als sie sich mir vorstellte, war sie von sehr heruntergekommenem Aussehen. Der Anfang des langwierigen Leidens war aus der Anamese nur annähernd festzustellen. Das Mädchen hatte im August 1863 im Anfange ihrer Menstruation an einem schwülen heifsen Nachmittag im Freien am Rande eines früher an Edelwildstand reichen Waldes geschlafen, ohne nachher bis auf geringes Jucken irgend welche Belästigung in der befallenen Gegend zu fühlen. Das in letzterer einige Wochen später lästigere, durch Waschungen nicht beseitigte, Jucken fiel ihr zwar auf, doch genierte sie sich, ihrer Mutter davon etwas zu sagen, anderseits mochte sie dasselbe als Vorboten bevorstehender Menstruation gedeutet haben.

Auch als in der Weihnachtszeit die affizierte Gegend merklich anschwoll und flüchtige Stiche besonders abends dieselbe durchzogen, blieb sie verschwiegen. Erst als Ende Januar 1864 die Geschwulst noch weiter sich vergröfsert hatte, Gehen und Sitzen durch Anschwellung der Labia majora beschwerlich wurde, das Aussickern einer gelblichen Flüssigkeit, wovon sie Heilung erhofft hatte, konstant blieb, abends brennende Schmerzen in der Geschwulst sich fühlbar machten, konnte sie ihr Leiden der Mutter nicht mehr verbergen. Ein in der Nähe (Zierlau) wohnender Schäfer war erster Ratgeber. Da durch die von demselben verordneten Umschläge die Beschwerden vermehrt wurden, entschlofs man sich im Februar, einen Arzt zu Rate zu ziehen. Die gleichen Mifserfolge seiner Verordnungen waren Veranlassung, sich der Behandlung eines andren Arztes zu unterziehen — doch gleichfalls mit ungünstigem Erfolge. Als ich im März die Kranke, welche ich als Sekundärarzt der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik früher an einem hartnäckigen Unterschenkelgeschwür behandelt hatte, sah, hatte die Geschwulst einen bedeutenden Umfang erreicht und die gesamte Schamgegend eingenommen. Die Oberfläche fühlte sich uneben an, indem flach taubeneiförmige Erhebungen voneinander durch Einsenkungen

getrennt erschienen. Die Erhebungen fühlten sich kaum prall an, waren Tumores saccati ähnlich und wie diese von kaum erhöhter Temperatur. Auch die Haut war nur wenig gerötet. Auffallender Weise waren nur geringe Drüsenanschwellungen in dem benachbarten Lymphstromgebiet der Leistengegenden wahrzunehmen. Um die Explorativpunktion bei einigen der „Beulen" zu machen, entfernte ich die Haare. Sogleich konnte ich 9 Öffnungen, welche nicht auf der Höhe der länglichen „Beulen", sondern je eine an einem Ende jeder derselben wahrnehmen. Im Grunde einer derselben nahm ich nach geringer unblutiger Erweiterung derselben die bräunlichen Luftröhrenplatten am Hintergrunde einer bräunlich gelblichen, dicken Fliegenmade wahr. Die Diagnose auf Myiasis erhielt durch fortgesetzte Erweiterung der bereits in Angriff genommenen Öffnung und Herausziehen der Larve mittels der Pinzette Bestätigung. Die Larve erkannte ich als die von Hypoderma Diana Brauer nach der Beschreibung, welche der genannte Autor in seiner klassischen Monographie der Östriden gegeben hatte. Da ich aus Gröfse, Färbung und Gestalt der extrahierten Larve zu schliefsen berechtigt war, dafs ihre Verpuppung bevorstand, veranlafste ich das Mädchen, ihr Leiden noch kurze Zeit zu ertragen, indem ich mich für vollständige Heilung verbürgte. Um sie nicht aus dem Auge zu lassen, brachte ich sie bei der mir von der chirurgischen Klinik her, und durch ihre gewissenhafte und geschickte Pflege den Ärzten Breslaus vorteilhaft bekannten Wärterin Krause unter. Schon nach 5 Tagen gingen die noch übrigen 8 dunkelbraunen Larven ab, welche von der intelligenten Frau sorgfältig gesammelt und in ein bereitstehendes Glasgefäfs, dessen Boden 15 cm hoch mit feuchter Gartenerde bedeckt war, gesetzt wurden. Sie verwandelten sich in der Erde sämtlich zu Tönnchenpuppen. Die mittels der Pinzette extrahierte eine Larve bewahre ich noch heute in Spiritus auf. Von den 8 Puppen vertrockneten 6 und ergaben nur 2 im Mai 2 männliche Exemplare der genannten Biesfliege des Rehes.

Der Dasselbeulenkomplex — so müfste die Geschwulst bezeichnet werden — war nach dem Abgange der Larven zu-

sammengesunken und heilte ohne Verzögerung, obschon die Kapseln, von welchen Hypoderma-Larven umgeben sind, da sie innig mit dem adjacenten Bindegewebe verwachsen waren, nicht entfernt worden waren. Die affizierte Partie zeigte sich später von subkutanen Strängen netzförmig durchzogen, und nach ½ Jahre hatte sich das in derselben gewöhnliche Fettpolster noch nicht wieder erzeugt. Durch Gebrauch von warmen stärkenden Bädern und beharrliche Fortsetzung von nährender Diät, durch die frohe Stimmung über die unerwartete Heilung wurde aus der, einem scheinbar unheilbaren Siechtum verfallenen, Kranken ein blühendes Mädchen.

Der berühmte Dipterologe, Gymnasial-Professor H. Loew aus Meseritz, welcher die in Spiritus aufbewahrte Larve und die 8 lebenden Puppen bei seiner Anwesenheit in Breslau sah und von der Patientin, welche heute noch am Leben ist, die Leidensgeschichte umständlich sich erzählen liefs, rief aus: Unicum et inauditum, Worte, welche er 1874 zur Zeit der Naturforscherversammlung in Breslau, als ich ihm die beiden gezogenen Biesfliegen zeigte, wiederholte. — Bisher war nur konstatiert, dafs in Amerika die auf das Rind angewiesenen Larven einer Östride, Dermatobia noxialis Goudot, zufällig auch im Menschen bis zur Puppenreife sich entwickeln können. Durch vorliegenden Fall wird dargethan, dafs auch in Europa dieser bisher hier unbekannte Zufall sich ereignen kann.

Den 2. Fall hatte ich Gelegenheit auf meinen Grottenexkursionen in Krain zu beobachten und zwar bei einem Hirten in der Nähe von Gurk in Unterkrain. Derselbe hatte im Sommer 1874, seiner Gewohnheit gemäfs, oft während der heifsen Nachmittagsstunden auf einer buschreichen Anhöhe im Freien geschlafen. Die ersten Spuren einer Geschwulst in der linken Nackengegend will er ebenfalls um die Weihnachtszeit herum bemerkt haben. Dieselbe vergröfserte sich stetig, zuletzt rascher als vorher, und war für den Kranken durch die gegen Abend darin fühlbaren Stiche und das Aussickern einer klebrigen Flüssigkeit qualvoll. Gleichwohl hatte er zu keiner ärztlichen Beratung sich entschlossen und aufser Umschlägen von ziemlich unschuldigem Kräuterbrei, wodurch seine Beschwerden sich vergröfserten, und

fettigen Einreibungen, dem einzigen Mittel, welches ihm Erleichterung verschaffte, war nichts geschehen, was etwa, wie im vorigen Falle, auf Verminderung seiner Kräfte und Säfte von nachteiligem Einflusse hätte sein können. Als ich den Kranken im April 1875 bei einer Exkursion nach der Gurkgrotte das erste mal sah, schloſs ich aus der langen Dauer, der Gestalt der Geschwulst, welche aus 4 flach taubeneiförmigen Erhebungen mit dazwischen befindlichen Vertiefungen zusammengesetzt erschien, aus der geringen Rötung der Haut und den unbedeutenden Lymphdrüsengeschwülsten der Nachbarschaft, daſs hier wieder ein Fall von Myiasis vorliege. Nach Extraktion einer der Insassen aus der erweiterten Öffnung in einer der Beulen nahm ich wahr, daſs die Dasselbeulen von Larven der Hypoderma bovis De Geer herrührten. Zu meinem Bedauern befanden sich dieselben erst im 3. Stadium und hatten noch einige Wochen bis zur Puppenreife nötig. Da mir nicht vergönnt war dieses Stadium abzuwarten, ich auch nicht hoffen durfte, daſs mir der auf Befreiung von seinem Leiden drängende Kranke die später spontan abgehenden Larven unversehrt und in geeigneter Weise zusenden, dieselben überdies den langen Transport ohne Nachteil für ihre fernere Entwickelung überstehen würden, so muſste ich mich entschlieſsen, dem dringenden Wunsche des Kranken zu willfahren und sämtliche 4 Larven aus den Dasselbeulen zu entfernen. Die Kapseln, von welchen dieselben umschlossen sich zeigten, waren mit den benachbarten Bindegewebe in so innigem Zusammenhange, daſs sie ohne tieferen operativen Eingriff nicht zu entfernen waren und deshalb unentfernt blieben. Gleichwohl heilten die Dasselbeulen bei genügender Reinlichkeit und Bedeckung mit einem in Olivenöl getauchten Leinwandlappen in einigen Wochen, sollen aber eine gewisse Steifheit an derselben Seite des Nackens zurückgelassen haben.

Wie sich aus der bisherigen Darstellung ergibt, bestehen zwischen der Myiasis muscosa und oestrosa enorme Kontraste. Bei der letzteren äuſserst langsames Wachstum der Larven und sehr langsamer, länger als $^1/_2$ Jahr dauernder Verlauf der Affektion,

bei M. muscosa dagegen rasche Entwickelung der Maden vom Ei bis zur Verpuppung in einem Zeitraume von höchstens 11 Tagen. Bei M. oestrosa gesonderter Aufenthalt jeder einzelnen Larve und zwar nur im subkutanen Bindegewebe gesunder Körperteile und von gesunden Menschen. Bei M. muscosa geselliges Zusammensein vieler Larven, ohne jegliche Scheidung voneinander, in krankhaft veränderten Höhlen, im Boden von Geschwüren und Wunden, als bedenkliche Komplikation vorangegangener Krankheit. Bei M. oestrosa bleibt bis auf die Dasselbeule, welche die einzelnen Larven in einer bindegewebigen Kapsel eingeschlossen enthält, das adjazente Bindegewebe intakt, die infizierte Körperstelle rein, die Larve verläfst ihre Kapsel nie; es entstehen keine oder äufserst geringe Lymphdrüsenanschwellungen, es entsteht kein Fieber, keine pathologische Blutveränderung, überhaupt keinerlei Allgemeinerkrankung. Bei Myiasis muscosa sind die Larven stets frei, wandern, ziehen immer mehr Weichteile in das Gebiet der Verwüstung, verzehren alle Weichteile bis auf die Knochen; die infizierten Partien sind durch faulende Gewebstrümmer und Larvenkot verunreinigt; es entstehen konsensuelle Drüsenanschwellungen und Entzündungen der Lymphgefäfse und Blutadern, endlich Aufnahme der Jauche und andrer septikämischen Stoffe ins Blut und deshalb nicht selten in schweren Fällen letaler Ausgang, der bei M. oestrosa nie eintritt.

Dieser grelle Unterschied im Befunde der befallenen Körperstelle, der begleitenden Erscheinungen und Folgen zwischen beiden Formen der Myiasis externa ist in der verschiedenen Lebensweise der Larve der hier in Betracht kommenden Arten der beiden Fliegengattungen bedingt.

Sobald die Larven der beiden, als menschliche Parasiten konstatierten, Hypoderma-Arten aus den Eiern geschlüpft sind, bohren sie sich mittels ihrer Schlundhaken durch die Haut ins subkutane Bindegewebe, oder sie dringen längs eines Haarschafts in den Haarbalg. Dadurch rufen sie das Gefühl von Jucken in der befallenen Körperpartie hervor, gerade so wie die Muscidenlarven in den infizierten Schleimhäuten oder Geschwürsflächen. Nun aber geht das Verhalten beider Larvenarten weit auseinander. Die zerstörenden Wirkungen, welche durch ihren Frafs die

Muscidenlarven herbeiführen, habe ich im Anfange dieser Darstellung geschildert. Dazu steht das Verhalten der Östridenlarven in grellem Kontraste. Ist die junge Östridenlarve ins Unterhautbindegewebe gelangt, so wandert sie nicht weiter, sondern bleibt an dem erlangten Orte und häutet sich. Nach der Häutung erscheint das bisher glatte Integument der Larve mit Reihen von erhabenen Körnchen besetzt und beginnt bei ihren Streck- und Einziehungsbewegungen als fremder Körper einen entzündlichen Reiz auf das umgebende Bindegewebe auszuüben. Dadurch entsteht stärkerer Blutzufluſs zu der gereizten Stelle, Erweiterung der Haargefäſse, Auswanderung weiſser Blutkörperchen aus denselben, Austritt eines gelblich-rötlichen Exsudats um den fremden Körper, der davon bis auf das die Atmungsplatten tragende, Hinterende ganz umhüllt wird. Die Ausschwitzungsmasse organisiert sich zu jungem Bindegewebe, wodurch ein förmlicher Sack um die Larve entsteht. Das Integument des Wirtes — Reh, Hirsch oder Rind — wird dadurch an dieser Stelle kaum merklich aufgetrieben und eine kleine, kaum wahrnehmbare Dasselbeule gebildet. Mit der Organisation dieses flaschenförmigen Sackes oder dieser Kapsel ist jede der Larven, auch wenn deren mehr als hundert dichtgedrängt beieinander liegen, isoliert. Kaum hat sich in der Sackwandung junges Bindegewebe organisiert, so erscheint sie auch von einem feinen dichten Haargefäſsnetz durchsetzt mit zuführenden und abführendan Gefäſsen und Lymphräumen. Im Innern ist sie (bei H. Diana Br.) mit einem zelligen Belag ausgekleidet, einer Modifikation der Epidermiszellen und wie diese in fortwährender, ja noch lebhafterer Abstoſsung und Neubildung begriffen. Dasjenige Ende des Sackes, welches dem Hinterende der Larve, an welchem die beiden wichtigsten Luftröhrenöffnungen liegen, entspricht, ist in einen halsartig verjüngten Ausführungsgang ausgezogen, der an der Oberfläche der Haut des Wirtes mündet. Durch diese Mündung wird von Zeit zu Zeit eine gelbliche, an der Luft später erstarrende Flüssigkeit, die von der Larve herrührende Dejektionsmasse, ausgestoſsen. Also wird durch die letztere das Gewebe des Wirtes auf keine Weise verunreinigt, jede Berührung des letzteren durch erstere ist vollständig ausgeschlossen. Die Zellen der Innenwandung des Aus-

führungsganges gehen allmählich in die plattenförmigen Epidermiszellen des Wirtes über. Das Gewebe der Wandung des Ausführungsganges steht mit dem Corium des Wirtes in noch viel innigerem Zusammenhange als die Wandung des Sackes mit dem umgebenden Unterhautbindegewebe. Aufser dem zelligen Belag bemerkt man an der Innenwandung Fettkörnchen, zerfallene Zellen und kleine Blutextravasate mit Hämatoidinkristallen. Nach der 2. Häutung erscheint das Integument der Larve noch rauher als früher, die Körnchen erscheinen in spitze, grobe Stacheln umgewandelt. Durch den von seiten des rauhen Integuments auf die Innenwandung des Sackes bei den Atembewegungen der Larve ausgeübten Reiz schwitzt fortwährend lymphartige rötliche Flüssigkeit in den Hohlraum des Sackes aus, welche von der Larve eingesaugt wird; das umgebende Bindegewebe des Sackes wird dabei nicht im mindesten alteriert. Mit dem Wachsen der Larve dehnt sich die Wandung, vergröfsert sich der Sack und dementsprechend die Dasselbeule. Die anfangs zarten dünnen Wandungen des Sackes verdicken sich bis zu $1^1/_2$, selbst 2 mm und scheinen aus mehreren Schichten zu bestehen. Nach dieser Auffassung erscheint der Sack der Hypodermenlarve als Neubildung. Nach STRICKER gelangt die junge Larve längs eines Haarschaftes des Wirtes in den dazugehörigen Haarbalg, dehnt denselben bei ihrem Wachsen allmählich zu einem grofsen Sack aus, in welchem sie ihre Entwickelung bis zur Puppenreife durchmacht. Danach wäre der Sack nichts Andres als ein pathologisch umgebildeter Haarbalg. Der allmähliche Übergang der den Ausführungsgang auskleidenden Epithelien in die tieferen Epidermiszellen des Integuments des Wohntieres läfst beide Deutungen zu. Durch den erwähnten Ausführungsgang gelangen nicht nur die Dejektionsmassen der Larve nach aufsen, sondern wird auch die Atmung vollzogen. Derselbe befindet sich stets an dem der Epidermis des Wirtes zugekehrten Ende des Sackes, also nie auf der Höhe der Wölbung der Dasselbeule, sondern seitlich. Das an der in der Epidermis befindlichen Mündung zuweilen vertrocknende Exkret wird durch Auspressen des nachfolgenden Quantums von seiten der Larve abgestofsen. Dafs die Dasselbeulen, sobald mehrere Säcke dicht aneinander

gedrängt liegen, eine scheinbar zusammenhängende Geschwulst bilden, dafs diese letztere zur Zeit der Reife der Larven zur Verpuppung, besonders aber unmittelbar vor Abgang der Larven (durch den zu dieser Zeit verkürzten und enorm erweiterten Ausführungsgang jedes einzelnen Sackes) den gröfsten Umfang zeigen mufs, ist einleuchtend. Ist der Abgang nach aufsen erfolgt, so verengt sich der Ausführungsgang bis zur Verödung, der Sack schrumpft zusammen und ist später nur als hartes, weifses Knötchen oder als derber, kurzer Strang an der Unterfläche der Cutis haftend wahrzunehmen. Auf diese Erfahrung hin habe ich in den beiden von mir beobachteten Fällen von Myiasis oestrosa die Säcke zu entfernen, was ohne umfangreichen operativen Eingriff nicht möglich gewesen wäre, nicht für ersprieſslich gehalten und hat der günstige Erfolg meine Ansicht gerechtfertigt.

Aus vorstehendem ergibt sich, dafs durch die Anwesenheit der Östridenlarven im Gegensatze zu dem Verhalten der Muscidenlarven weder Gewebsverluste, nach sterkoröse Verunreinigung der befallenen Körperpartien, noch Verjauchung, noch bedenkliche Allgemeinerscheinungen, wie septikämisches Fieber, hochgradige Entkräftung eintreten. Bei mäfsiger Zahl der Östridenlarven unter der Haut entsteht bis auf Säfteverluste und Schrumpfung des Paniculus adiposus an der befallenen Partie keine Schädigung des infizierten Wirtes. Dies ist auch die Ansicht der aufmerksamsten und zuverlässigsten Beobachter und der häufigste Verlauf, der in den vorgenannten Fällen beim Menschen ebenfalls zutraf. Würden aber durch eine übergrofse Zahl von Hypodermenlarven zu grofse Säfteverluste und zu grofse Entkräftung entstehen, so würde sowohl Tier als Mensch unterliegen.

Also ist die Prognose bei Befallensein von Dasselbeulen durch Östridenlarven günstig im Gegensatze zu der Infektion mit Muscidenlarven, deren Prognose zweifelhaft, ja selbst ungünstig ist, wenn ärztliche Hilfe zu spät eingeholt wird oder auch gleich anfangs nicht im stande ist, die Maden aus wichtigen, zum Leben unentbehrlichen Körperpartien zu entfernen.

Die Prophylaxis für den Menschen in Europa ergibt sich aus vorstehendem von selbst. Da weder Hypodermen, noch Sarcophila Wohlfahrti in die Wohngebäude der Menschen dringen,

so wird man der Infektion dadurch entgehen, dafs man es vermeidet im Freien zu schlafen. Dazu ist auch das Schlafen auf unbedeckten Wagen oder bei geöffneten Wagenfenstern zu zählen. Leidende mit Kartarrh der Nase, des äufsern Gehörganges, eiternden Geschwüren oder Wunden, Frauen während der Menstruation sind am meisten gefährdet. Da möglicherweise auch die gröfseren Sarcophagaarten, welche in menschliche Wohnungen dringen und lebendige Junge gebären, dieselben auf eiternde Geschwüre und Wunden spritzen, letztere sogleich mit ihren starken Schlundhaken sich einhohren und den Blicken rasch zu entziehen vermögen, so ist das Unbedecktlassen von Geschwüren und Wunden — abgesehen von den Gefahren durch Befallenwerden von Mikrobien — besonders in den drei nicht winterlichen Jahreszeiten streng zu vermeiden und Verschlufs mittels Verband stets mit gröfster Sorgfalt zu vollziehen. Die gegenwärtig allgemein eingeführte Anwendung von Karbolsäurelösung und Jodoform hat, abgesehen von ihren andern heilsamen Eigenschaften, auch noch das Gute, dafs Fliegen dadurch verscheucht werden.

Die Therapie darf bei Myiasis muscosa nie exspektiv sein. Wo die Ergreifung und Extraktion der Larven mittels Pinzette an unzugänglichen Stellen ohne weiteres nicht vollzogen werden kann, Injektionen mit Alaunlösung, Terpentinöl oder Chloroform mit Milch nicht zum Ziele führen, würde man bei sicherer Diagnose selbst vor tieferen operativen Eingriffen, wie Spaltung der Wange, des Gaumensegels, der Nase, bei Erwachsenen Eröffnung der Highmorshöhle und der Sinus frontales nicht zurückschrecken dürfen. Auch bei Myiasis oestrosa empfiehlt es sich die Dasselbeulen zu spalten, wenn durch Erweiterung des Ausführungsganges des Sackes die Larve aus demselben sich entfernen läfst.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

Doz. Dr. Finger. **Über einen einfachen Apparat zur Behandlung von akuter und subakuter Urethritis.** (*Allg. med. Zeitung.* 9. Novbr. 1886.) Um die Übelstände zu beseitigen, welche der bisherigen Behandlung der Gonorrhöe mittels Injektion adstringierender Flüssigkeiten anhaften,

und welche darin bestanden, daſs mit den bisher benutzten Spritzen kein gleichmäſsiges in bezug auf Druckhöhe konstantes oder erhöhbares Einflieſsen der Flüssigkeit erzielbar war, somit auch nicht die gewünschte gleichmäſsige Einwirkung auf die gesamte Urethralschleimhaut herstellbar war, hat FINGER den zu beschreibenden Apparat ersonnen und erprobt. FINGERS Apparat besteht in einer Spritze von dem beiläufigen Gehalt von 300—500 ccm, welche an der Wand senkrecht suspendiert wird. Das untere Ende trägt den etwa meterlangen, festen Kautschukschlauch, an dessen Ende der birnenförmige, durch einen Hahn verschlieſsbare, für das Orificium bestimmte Ansatz befestigt ist. Das obere Ende trägt, statt mittels Schraubengewindes befestigt, einfach nach Art eines Schachteldeckels aufsetzbar, den von der Stempelstange aufsetzbaren Deckel; die Stempelstange selbst aber führt oben, statt eines Ringes eine flache Schale. Die Spritze wird in mittlerer Manneshöhe an der Wand befestigt, und nun ist ihre Anwendung eine doppelte. Bei einer akuten Urethritis wird die Spritze nur als Irrigator benutzt, wobei die Flüssigkeit unter ihrem Eigendruck sanft und gleichmäſsig in die Urethra dringt, sie erfüllt und spannt. Wie das Gefühl der Spannung ein bedeutenderes wird, schlieſst man den Hahn des Ansatzes mit der rechten Hand, komprimiert das Orificium urethrae mit der linken, um die injizierte Flüssigkeit durch 1—2 Minuten in der Urethra zurückzuhalten.

Bei subakut verlaufenden Entzündungen und in solchen Fällen, in denen eine stärkere Spannung vertragen wird, kann der Druck, unter welchem die Flüssigkeit einströmt, nach Belieben dadurch erhöht werden, daſs man auf die an der Stempelstange angebrachte Schale Gewichte von $^1/_2$ Kilo bis (unter allmählicher Steigerung) 3 Kilo legt.

Bei einem Durchmesser des Spritzenstempels von 4 cm und unter Belastung von 3—5 Kilo beträgt der Druck der Wassersäule auf jeden Quadratzentimeter Urethralschleimhaut 240—400 g und zwar stets der gleiche. Man kann daher durch diese Applikationweise und dadurch, daſs der Konzentrationsgrad der Injektionsflüssigkeit gesteigert wird, allen Indikationen gerecht werden, wobei die Nachteile, die die Behandlung mit der Trippersprütze im Gefolge hat, vermieden werden. In die Blase selbst dringt bei dieser Behandlung die Injektionsflüssigkeit nie.

RIEHL. **Über die Orientbeule.** Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis.* 1886. 4. Heft. 2. Hälfte.) Die Orientbeule entsteht sowohl bei Eingeborenen als bei Fremden. An freien Körperstellen tritt ein rotes oder braunrotes, derbes, scharf begrenztes, mit glänzender Oberfläche versehenes juckendes Knötchen auf, welches in der Kutis sitzend mit derselben verschiebbar ist. Keine Drüsenschwellung, keine sonstigen Zeichen einer Allgemeinerkrankung. Aus dem Knötchen entstehen Bläschen; diese bersten, ein jauchiger Inhalt entleert sich, worauf es zur Krustenbildung

kommt. Nach monatelangen Umsichgreifen der Erkrankung heilen die Geschwüre unter Zurücklassung sehr entstellender Narben. Erysipele und Lymphangioitis sind selten, ebenso Recidive. Die Orientbeule stellt einen Granulationstumor vor, die Infiltration ist im Zentrum sehr dicht und in der Peripherie zerstreut um die Gefäfse gruppiert und reicht bis ins subkutane Gewebe. Die Knötchen bestehen aus epitheloiden und Riesenzellen.

Aufserdem findet man 0,9—1,1 μ grofse Mikrokokken, welche im Protoplasma der Zellen sitzen; sie sind isoliert, bilden also keine Ketten und zeigen bei geeigneter Präparation Kapseln, welche durch Hämatoxylin schön gefärbt werden. Kulturversuche blieben resultatlos.

Dr. Hajek. **Über das ätiologische Verhalten des Erysipels zur Phlegmone.** (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Ärzte am 29. Oktober und 5. November 1886.) Die Entscheidung des ätiologischen Verhältnisses zwischen Erysipel und Phlegmone hängt zur Zeit von der Entscheidung der Identität oder Differenz zwischen dem Streptokokkus des Erysipels und der Phlegmone ab. Hajek hat auf dreierlei Art die Frage zu lösen gesucht, 1. durch kulturelles Verhalten der beiden Streptokokken. Hierbei ergab sich kein Unterschied. Die pathogene Wirkung der beiden Streptokokken ist auch nicht immer so durchgreifend verschieden, dafs man an der Hand derselben auf Differenz der Streptokokken schliefsen könnte. Denn die Infektionsergebnisse der beiden Streptokokken stimmen mitunter klinisch vollständig überein. Im histologischen Befunde sind indessen solche differente Lebenseigenschaften zum Ausdruck gebracht, dafs man angesichts derselben unbedingt die verschiedene Art der beiden Streptokokken acceptieren mufs.

Der Erysipelkokkus kommt immer und in relativ spärlicher Anzahl nur in den Lymphgefäfsen und auch immer nur an die Gegenwart eines zelligen Infiltrates geknüpft vor, niemals allein im Gewebe. Der Streptococcus pyogenes hingegen bildet Kolonien im Gewebe, durchbricht die Lymphgefäfswandungen und durchwächst nach allen Richtungen in Form von dichten Zügen das Gewebe. Kein Gewebsbestandteil kann dem Strept. pyog. Widerstand leisten.

Erst an der Hand dieser differenten Merkmale wird man die Statthaftigkeit einer ätiologischen Beziehung zwischen der Pleuritis, Pneumonie, Meningitis etc. einerseits und dem Erysipel anderseits bestimmen können. Hajek hat in einem Falle aus einem serös-fibrinösen pleuritischen Exsudat den Erysipelkokkus gezüchtet.

Wien. Schiff.

Amerika.

Resorcin bei Ekzem. Dr. H. P. Chase (*The Therapeutic Gazette.* Detroit. November 1886) berichtet die Krankengeschichte zweier Patienten,

welche an universellem Ekzem litten, und bei denen er alle Hilfsquellen erschöpft hatte. Einer von ihnen war bereits von New Yorker Spezialisten behandelt worden und hatte auch Erasmus Wilson konsultiert. Dr. Chase hatte die Mitteilung von Dr. Wyss in *„Fortschritte"* gelesen und verordnete danach für beide Patienten

Resorcini 8,0
Glycerini 60,0
M. f. ung.

Mit Kameelhaarpinsel morgens und abends aufzustreichen.

Zu seiner grofsen Überraschung wirkte die Salbe wie ein Wunder. Besserung war schon nach 48 Stunden zu sehen, und in einer Woche konnten die Patienten ihrem Geschäft nachgehen.

Ist Erythema nodosum eine örtliche Krankheit? Dr. M. R. Vreden (*The Med. Press of Western New York.* Dezbr. 1886) hat kürzlich 3 Fälle dieser Krankheit behandelt. Die lokalen Erscheinungen waren in allen Fällen ähnlich, aber die begleitenden allgemeinen Symptome waren bei jedem verschieden. Die Patienten waren alle weiblich, und die Krankheit auf die Gegend der Knöchel beschränkt. Im ersten Falle bestand weder Schmerz noch Hitze in der befallenen Gegend, sondern nur das Gefühl von allgemeinem Unwohlsein. Die Patientin litt an Magenbeschwerden und Aufstofsen. Dagegen wurde Salzsäure und Pepsin gegeben. Der Erfolg war ein prompter sowohl für die Magensymptome als für das Erythem. Im zweiten Falle bestand mehr Schmerz und Schwellung um die Läsionen. Zunächst wurde dieselbe Behandlung wie im ersten Falle aber ohne Erfolg eingeleitet. Eine antirheumatische Behandlung mit Natr. bicarbon. und Colchicum brachte schnelle Besserung; alle Krankheitssymptome schwanden bald. Im dritten Falle bestanden beträchtliche Schmerzen und Schwellung in den befallenen Partien. Wie im ersten Falle war auch Magenschmerz, Übelkeit und zeitweises Erbrechen vorhanden. Die vorher gebrauchte Behandlung schlug vollkommen fehl. Sodann wurde die Krankheit mit Rücksicht auf einen etwaigen parasitären Ursprung mit einer Mischung von frisch bereiteter schwefliger Säure und heifsem Wasser lokal behandelt. Dabei wurde der Patient übel und weigerte sich, die Flüssigkeit mehr als einmal anzuwenden, da sie die Krankheit nach innen triebe. Vierundzwanzig Stunden später waren alle Krankheitssymptome verschwunden und kehrten nicht wieder. Der Magenkatarrh blieb bestehen.

Dr. V. sagt geradezu, er wäre nicht imstande, einen definitiven Schlufs aus diesen drei Fällen zu ziehen, er werde jedoch in künftigen Fällen gleich von vornherein die schweflige Säurelösung gebrauchen.

Ein Fall von Hypertrophie der Nymphen, von Dr. Virgil O. Hardou, Atalanta. (*The Atalanta med. and surg. Journ.* Dez. 1886. Mit Abbildung.) Patientin ist eine 33jährige Mulattin. Die Menstruation besteht seit dem

14. Jahre, immer normal. Mit 20 Jahren verheiratete sie sich und gebar 1 Kind. Mit Ausnahme chronischer Beckenentzündung war sie stets gesund. Seit 1 Jahr hat sie einen Tumor, welcher beim Gehen, Wasserlassen und Koitieren hinderlich war. Es handelte sich um eine bedeutende Hyper trophie der kleinen Labien. Die Oberfläche war rauh und faltig, die Schleimhaut in derbe Haut verwandelt, stark pigmentiert. Schmerzen, Empfindlichkeit und Ulceration bestanden nicht. Die übrige Vulva war normal, die Clitoris war nicht mit in die Geschwulst hineingezogen. Die Diagnose wurde auf Elephantiasis gestellt. Die mikroskopische Untersuchung des auf Wunsch der Patientin excidierten Tumors zeigte jedoch, dafs es sich um eine Verwandlung der Schleimhaut in wahre Haut handelte mit bedeutender Hypertrophie der ganzen Struktur. Der genaue mikroskopische Befund von Dr. Henny Voile ist im Originale enthalten.

Die Anwendung des Ichthyols bei Hautkrankheiten, von Dr. Joseph Zeisler, Chicago. Nach einem in der Chicago Med. Society gehaltenen Vortrag. (*The Chicago Med. Journ. and Examiner.* Dez. 1886.) Wenn ich an die *Monatshefte* über Ichthyol berichte, so bin ich mir bewufst, Eulen nach Athen zu tragen. Der grofse Erfolg des Ichthyols ist hier eine willkommene Neuigkeit und kann deshalb auch für den Herausgeber und die Leser der *Monatshefte* nur von Interesse sein. Nachdem Dr. Z. bemerkt, „dafs der unablässig schaffende Unna in Hamburg der Kredit für die Einführung des Ichthyols in die dermatologische Praxis gewesen", geht er zur Aufzählung der mit Ichthyol behandelten Fälle über. Es sind folgende: Ekzem 56, Akne vulgaris 10, Akne rosacea 7, Sykosis 11, Herpes tonsurans 4, Teleangiektasis 4, Prurigo 2, Pruritus 2, Psoriasis vulgaris 2, Psoriasis palmaris syph. 2, Seborrhöe, Akne varioliformis, Lichen pilaris, Impetigo contagiosa, Purpura rheumatica, Ulcera cruris je 1 Fall. In allen diesen Fällen wurde es nur als Adjuvans gebraucht. Stets wurde es äufserlich gebraucht in einer Stärke von 3 bis 30%. Der etwas unangenehme Geruch, eine vorübergehende bräunliche Verfärbung und in einigen Fällen ein leicht brennendes Gefühl sind alle Vorwürfe, die man der Drogue machen kann. Bei Akne, Sykosis und Akne rosacea fand Dr. Z. Ichthyolseife passend. Die physiologische Wirkung des Ichthyols bezieht Dr. Z. auf seine Verwandtschaft zum Sauerstoff, und er adoptiert Unnas Ausdruck: „ein reduzierendes Heilmittel." In den letzten 4 Monaten wurde Ichthyol auch innerlich gegeben bei einer Reihe chronischer Hautkrankheiten. Die 56 Ekzemfälle, in welchen Ichthyol gebraucht wurde, umfassen fast alle Formen und Stadien der Krankheit. In 11 Fällen war der Erfolg ausgezeichnet, in 27 Fällen gut, in 4 Fällen mäfsig, in 1 Fall negativ und in 13 unbekannt. Zinksalbe wurde meistens als Grundlage gebraucht. In den 11 Sykosisfällen, welche alle schwer waren, wurde Epilation neben Ichthyolseife und 10-prozentiger Ichthyolsalbe gebraucht. In 4 war der Erfolg ausgezeichnet, in 7 gut nach ein bis drei Wochen. Bei Akne vulgaris hat nur die

innerliche Anwendung Erfolg, 3 Fälle verliefen befriedigend. Bei Akne rosacea war der Erfolg in 4 Fällen sehr zufriedenstellend und in 2 noch bemerkenswert. In 3 von 4 Fällen von Herpes tonsurans hatte eine Verbindung gleicher Teile von Oleum cadinum, grüner Seife, Ichthyol und Vaseline einen entschieden positiven Erfolg. In 4 Fällen kleiner zirkumskripter Teleangiektasien im Gesicht hatte Ichthyol keine Wirkung. Bei Prurigo erzielte Ichthyol in Verbindung mit Naphtol zweimal gute Erfolge.

New York. Dr. TILDEN BROWN.

(Übersetzt von Dr. APPEL, Altona.)

Eine sehr günstige Wirkung soll nach Dr. CROCKER (*Practitioner.* 1886. March. p. 176) der **innerliche Gebrauch des Oleum terebinthinae** auf verschiedene Hautkrankheiten ausüben. Er wurde zu diesen Versuchen dadurch veranlafst, dafs er bei der äufserlichen Anwendung dieses Mittels gegen Psoriasis auch an solchen Stellen vorteilhafte Veränderungen beobachtete, welche nicht mit demselben in Berührung gekommen waren. In dem einen mitgeteilten Falle, welcher eine allgemeine Prorisis von 6jähriger Dauer bei einem alten Manne betrifft, wurde 1,0 Ol. terebinth. allmählich steigend bis 3,57 t. i. d., einen Monat lang gegeben und diese Quantität später auf IXXV. m. t. d. vermehrt. Erst die letztere Dosis verursachte leichte Hämaturie, welche nach dem Aussetzen des Mittels sofort nachliefs, und der Erfolg dieser lediglich internen Behandlung war ein entschieden bemerkenswerter, wenn auch keine vollständige Heilung erzielt wurde. Unter den ebenso behandelten 30 weiteren Fällen finden sich zwar einige vollständige Heilungen der Psoriasis, allein die überwiegende Mehrzahl derselben konnte nur bis zu einem gewissen Grade gebessert werden, und es wurde dann eine äufserliche Behandlung zur Vollendung der Heilung nötig. In diesen Fällen war die Dosis stets unter 1,2 g., dennoch mufste das Medikament bei 2 Patienten wegen leichter Strangurie ausgesetzt und bei dreien die Dosis vermindert werden. In drei weiteren Fällen machte Dyspepsie das Aussetzen nötig und in einem die völlige Wirkungslosigkeit. Der Verfasser erwähnt noch, dafs dieses Verfahren den Schmerz zu lindern und in 2 Fällen von Krebs dessen Fortschreiten zu verzögern schien. Er glaubt es nur bei sonst ganz gesunden Personen verwenden zu sollen und hält es für kontraindiziert bei Kindern unter 5 Jahren, bei nicht ganz gesunden Nieren und Blase, sowie bei dem Bestehen von Dyspepsie und Gicht. Das Terpentin soll dreimal täglich nach dem Essen in Emulsion gegeben werden und zwar abends spätestens 3 Stunden vor dem Schlafengehen; zugleich soll von Anfang der Behandlung an reichlich Gerstenwasser getrunken werden.

Sehr befriedigende Resultate, welche durchaus den bereits in diesen Heften mitgeteilten Erfahrungen UNNAS (cf. Referat *Monatshefte.* 1885.

Bd. IV. No. 6. pag. 194) und Bianchis (ebenda No. 5. pag. 178) entsprechen, berichtet Mackenzie (*Brit. Med. Journ.* Oct. 31. 1885) von dem Gebrauch der **Hamamelis virginica** bei je einem Fall von Prostataerkrankung und Krebs. Bei der Vergrößerung der Prostata mit zeitweiligen Blutungen aus den Harnwegen und dem Rectum wurde die Blase mit einer Lösung von 3,75 Tinctura Hamamelis (conc. oder simpl.? Ref.), 2,0 Acidum carbolicum in ca. 750,0 warmem Wasser ausgespült und hierdurch sowohl die Blutung sistiert, als auch die Reizbarkeit der Schleimhaut vermindert. Wie diese Wirkung, so beruht jedenfalls auch die seit diesen Eingießungen wieder reguläre, spontane Urinentleerung wohl zweifellos auf der tonischen und adstringierenden Eigenschaft dieses Mittels, welche allerdings in der letzteren Hinsicht möglicherweise noch durch die Folgen der Blutungen erhöht worden ist, wie es der Verf. ebenfalls zu erklären sucht.

Im andren Falle handelte es sich um die seltene Lokalisation des Krebses an der rechten Tonsille und von dieser auf die Zunge übergehend. Die Tinctura Hamamelis wurde wegen einer starken Blutung verordnet und zwar mit vollem Erfolge. Wegen der unerwartet günstigen Wirkung auf die Ulceration, durch welche die Bildung von zähem Geschwürssekret verhindert wurde, und hinsichtlich der Erleichterung für den Pat. wurde diese Behandlung regelmäßig fortgeführt.

Hinsichtlich der Dosierung wird leider im letzteren Falle nichts Näheres angegeben. Immerhin fordern auch diese Resultate entschieden zu weiteren zahlreichen Versuchen auf, denn alle bisherigen Erfolge lassen dieses neue Adstringens als ein ungemein wertvolles und überraschend sicher wirkendes Mittel erscheinen.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

England.

Keloid, von R. Crocker. (*British Med. Journ.* Sept. 18. 1886.) Genaue Beschreibung eines Keloids, welches nach Excision eines Molluscum fibrosum in der Narbe entstand. Drei Wochen nach der Operation wurde es entdeckt und sofort excidiert. Der Querschnitt zeigte, daß der Tumor aus 2 Lappen bestand, einer an jeder Seite der lineären Narbe. Sie bestanden aus fibrillärem Gewebe und waren nach allen Richtungen von Blutgefäßen durchzogen, welche reichlich von Exsudatzellen umgeben waren. Später obliterierten diese Gefäße und bildeten die von Langhans erwähnten Schrägbündel. Auf einem Längsschnitt zeigte sich, daß diese Bündel in der Längsaxe des Tumors lagen. Als sehr wichtig wird erwähnt, daß, obwohl der Tumor scharf begrenzt war, die Papillen in der Nachbarschaft vergrößert waren, und die Blutgefäße eine Strecke lang von einem reichlichen Lager von Exsudatzellen umgeben waren. Die letzteren erstreckten sich bis zu den Fettzellen und hatten einige Schweiß- und Talgdrüsen

zerstört. Diese Ausbreitung in die offenbar gesunde Haut erklärt das häufige Recidivieren. Dieser Tumor wurde samt einem grofsen Rand der umgebenden Haut entfernt und ist bis jetzt nicht wiedergekehrt. Der Verf. ist der Ansicht, dafs sich ein Unterschied zwischen wahrem und Narbenkeloid nicht aufrecht erhalten läfst.

Variköse Venen. Stevenson (*Lancet.* Okt. 23. 1886) berichtet über Cheynes Empfehlung, reine Karbolsäure zu injizieren zum Zweck der Obliteration variköser Venen. Der Patient mufs zunächst einige Minuten an der Seite des Bettes stehen, um die Venen mit Blut zu füllen, alsdann wird ein Esmarchscher Schlauch fest um den Schenkel befestigt, die Haut über der Vene wird mit den Fingern gespannt, um sie zu fixieren, und dann wird die Spritze mit Karbolsäure in der Längsrichtung des Gefäfses vorgestofsen. Es wird nur wenig injiziert und die Stelle sofort mit Lint und Kollodium bedeckt. In Entfernung von 3 cm wird der Prozefs wiederholt. Nach einer Viertelstunde wird die Bandage langsam gelöst, jedoch mufs der Patient wenigstens noch eine Woche lang horizontale Lage halten. Der Schmerz ist nur gering, selbst wenn sich kleine Abscesse bilden sollten, was gelegentlich vorkommt. Wenn die Kur vollständig durchgeführt wird, ist sie ebenso radikal wie leicht.

Scharlachfieber. Illingworth empfiehlt in *British Med. Journ.* Okt. 23. 1886 die Anwendung von **Hydrargyrum bijodatum,** welches dargestellt wird durch Hinzufügen von Sublimat zu überschüssigem Jodkali. Er findet, dafs die Deferveszenz sofort beginnt und die Abschuppung ausbleibt. Er versichert, die Verbindung bewirke auch rapides Verschwinden diphtheritischer Membranen.

Ashby (ebenda) hat in den letzten 7 Jahren ca. 200 Kinder jährlich an **Scharlach** behandelt und nach 6wöchentlichem Hospitalaufenthalt entlassen. 21 Tage wurden sie im Bett gehalten, täglich wurden sie mit einer desinfizierenden Lösung gewaschen und mit Karbolsalbe eingerieben. Nach dem Aufstehen wurden sie täglich gebadet und nach 6wöchentlichem Aufenthalt entlassen, wenn sie nicht mehr abschuppten. Von diesen Kindern verursachten 2—4 % in ihrem Hause Infektion. Ashby hält es nicht für nötig, zu warten, bis die dicke Haut der Ferse sich abgelöst hat. Anderseits glaubt er, dafs die Folgekrankheiten sehr infektiös sind, da er Scarlatina in Hospitälern entstehen sah nach Eröffnung eines Empyems, welches in der Fieberperiode entstanden war, nach der Aufnahme von Patienten, welche in ähnlicher Weise an Ohreneiterung und Drüsenabscefsen litten, sowie durch die Aufbewahrung von Urin von Scharlachnephritis.

Purpura haemorrhagica bei Schwangeren. Philipps (*Brit. Med. Journ.* Nov. 13. 1886) berichtet 2 Fälle von Puech, in welchen das Auf-

treten des Ausschlags sofort von Abort gefolgt war und der Tod der Mutter an Blutverlust erfolgte. Ein dritter Fall wurde kürzlich von ihm behandelt und endete mit Heilung. Es handelte sich um eine schlecht genährte Frau von 32 Jahren, Mutter von 6 Kindern, 2 Wochen vor der Entbindung. Sie bemerkte zuerst Blutbrechen, 3 Tage später Purpuraflecke an den Beinen. Am nächsten Morgen profuse Blutungen aus Mund und Nase und Beginn des Hautausschlages. Am Abend liefs sie blutigen Harn, und die Wehen begannen. Das Zahnfleisch blutete leicht, die Pupillen waren weit dilatiert, Augenhintergrund normal. Temperatur normal, Puls 128. Hämorrhagien an den Knieen, Handgelenken mandelgrofs und schmerzhaft. An der Mitralis ein systolisches Geräusch. Es wurde reichlich starker Beaftea gegeben und alle 4 Stunden 12 Tropfen Liquor ferri sesquichl. Allmählich besserte sie sich und gebar nach verzögerter Wehenthätigkeit nach 3 Tagen ein gesundes Kind. Schnelle Rekonvaleszenz. Die Placenta zeigte 3 hämorrhagische Flecke. Die Stellen waren offenbar 2—3 Tage alt. — Bei Besprechung der Behandlung erwähnt P. den Fall eines Kindes, welches fast moribund war; Shand wandte alle 2 Stunden den faradischen Strom über den ganzen Körper an und nach 12 Stunden cessierten die Blutungen gänzlich.

Myxödem. Ord (*Brit. Med. Journ.* Nov. 27. 1886) glaubt, dafs sporadischer Kretinismus Myxödem in früheren Lebensjahren darstellt, bevor die Entwickelung vollständig ist. Er fürchtet, dafs eine Behandlung wenig Wert hat, jedoch betont er die Notwendigkeit der Wärme und womöglich eines auswärtigen Winteraufenthaltes. Einiger Erfolg wird dem Gebrauch von Jaborandi und Pilokarpin zugeschrieben. Victor Horsley berichtete über seine experimentelle Erzeugung von Myxödem durch gänzliche Entfernung der normalen gland. thryreoïdea bei Affen, wobei die umliegenden Nerven unverletzt blieben. Hadden hat die Idee des sympathischen Ursprungs der Krankheit aufgegeben, nachdem er bei 2 Sektionen den Sympathicus vollkommen gesund, die Thyreoïdea aber erkrankt gefunden Sir W. Stockes (*Brit. Med. Journ.* Dez. 11. 1886) berichtet von einem Falle von **Bronchocele,** in welchem er wegen Erstickungsgefahr die linken Lappen der Thyreoïdea entfernte mit vollkommenem Erfolge. Nach langem Zwischenraum erreichte der rechte Lappen eine solche Gröfse, dafs der Defekt gedeckt war. Die Wunde heilte, aber es bildeten sich typische Symptome von Myxödem aus, epileptiforme Konvulsionen traten ein, die Atmung wurde beschwerlich, grofse Massen von Schleim wurden expektoriert, und schliefslich starb Pat. an Erschöpfung. Er betont, dafs eine grofse Anzahl von Fällen von gänzlicher Entfernung der Drüse nicht von so üblen Symptomen gefolgt wären. Nixon vermutete, dafs in solchen Fällen wahrscheinlich überzählige Drüsen vorhanden wären.

Selcock (Path. Soc. London. *Brit. Med. Journ.* Dez. 11. 1886) demonstrierte 2 Fälle von **cystischer Degeneration der glandula pinealis,**

welche von Fällen von Morbus Adissonii herstammten. In beiden Fällen waren die Nebennieren in typischer Weise erkrankt. Hull hatte vermutet, dafs die corpora pituitaria, welche vollkommen den Nebennieren glichen, bei dieser Krankheit befallen sein möchten. Der Verf. glaubt jedoch, ihre Degeneration sei wahrscheinlich nur ein zufälliges Zusammentreffen mit derjenigen der Nebennieren.

Payne (*Brit. Med. Journ.* Nov. 13. 1886) fand reichliche Wucherungen von Mikrosporon furfur in einem alten Falle von **Pityriasis capitis**. Gleichzeitig sah er eine unter solchen Verhältnissen oft vorkommende Torula, Saccharomyces ovalis seu capillitii. Der Patient litt auch seit Jahren an Pityriasis versicolor. P. hält es für möglich, dafs die Existenz des Parasiten in den Haaren die häufigen Recidive der Affektion nach Behandlung auf dem Körper erklären könne.

Miall behandelt den **eingewachsenen Nagel** seit Jahren so, dafs er einfach 2mal täglich eine Tanninlösung aufstreicht:

Acidi tannici	8,0
Aquae	6,0

Die Behandlung dauert 3 Wochen und bewirkt vollständige Heilung.

Akuter Rheumatismus mit Erythema multiforme bullosum. Benham (*Lancet.* Nov. 20. 1886) erzählt den Fall eines Mannes, welchen er an einem durch starke Kälte verursachten Recidiv eines Gelenkrheumatismus behandelte. Er verordnete Natr. salicylicum 1,30 und Natr. bicarbonicum alle 4 Stunden, wobei die Symptome schnell verschwanden. Während des Verschwindens brach ein Erythema papulatum aus auf der Brust, Handrücken, unteren Seite der Kniee und über den Knöcheln. Am nächsten Tage war es über den ganzen Körper verbreitet, einige der alten Flecke hatten circinäre Form angenommen. Herpesblasen erschienen an der Lippe und grofse Blasen auf dem rechten Ellbogen. Während der nächsten Tage verschwanden die rheumatischen Schmerzen ganz, aber das Erythem war zu einem Gyratum geworden, und ein reichlicher Ausbruch grofser klarer Blasen ohne Hof war im Gesicht entstanden. In keinem Falle vereiterte der Blaseninhalt, aber beim Platzen blieben leicht heilende Geschwüre. Die Medizin wurde sodann geändert und Chinin mit Arsenik verordnet. Nach wenigen Tagen trat wiederum eine leichte Attacke von Rheumatismus in den Fingern auf, welche augenblicklich von einem Ausbruch grofser klarer Blasen an den Beinen gefolgt war. Der Rheumatismus wurde schleunigst durch Salicylsäure beseitigt, aber die Blasen traten in den nächsten 14 Tagen in immer wachsender Zahl auf. Pat. erholte sich dann vollständig. Wenige Monate später bekam er einen dritten Anfall von Rheumatismus, ohne dafs die Eruption sich wiederholte. Der Fall illustriert sehr gut die Beziehungen, welche man zwischen pemphigoider

und herpetischer Eruption angenommen hat, und denen von Erythema multiforme; und ebenso die wohlbekannten Beziehungen des letzteren zu Rheumatismus. B. bemerkte, dafs die Eruptionen mit dem Nachlafs der rheumatischen Symptome alternierten.

Elektrolyse zur Entfernung von Haaren. Startin (ebendaselbst) findet, dafs Einpinseln der Haut mit 5 %iger Kokainlösung den bei diesem Prozefs unvermeidlichen Schmerz besänftigt. Er gebraucht eine vergoldete Nadel und entfernt höchstens 100 Haare in einer Sitzung. Er findet, die Operation sei immer in gleicher Weise erfolgreich, wenn die Batterie in Ordnung ist.

Brooke (*Midland Med. Journ.* Dez. 1886 und Jan. 1887) unterwirft die jetzt gebräuchlichen **Mittel zur Behandlung des Lupus** einer Besprechung. Er bevorzugt die mechanische Entfernung des Lupusgewebes (mit Silberdraht, Volkmannschem Löffel, Morris Schraubenapparat oder dem Galvanokauter) in Verbindung mit der von Unna eingeführten anästhetisch-kaustischen Methode (Salicylsäure und Kreosot). Er zieht jedenfalls diese Kombination dem Gebrauch des Salicylsäure-Kreosotpflasters allein vor, da sie viel energischer wirkt. Anstatt des Pflasters verwendet er eine Salbe, welche 20 g Salicylsäure, 40 g Birkenholzteerkreosot, 40 g Schmalz und Wachs enthält. Dieselbe dringt leichter als das Pflaster in die Löcher ein und ist billiger. Die Löcher füllen sich unter dem andauernden Gebrauch des Pflasters mit Granulationen. B. hat gefunden, dafs die Periode der heftigen Schmerzen durchaus nicht immer so kurz ist, wie Unna behauptete; sie dauert nämlich oft ½ Stunde anstatt 10 Min., besonders im Gesicht. Hinterher ist die Schmerzlosigkeit vollständig. Unnas Mischung hat einen bedeutenden Vorzug vor allen bisherigen Lupusätzmitteln und verbunden mit der vorhergehenden mechanischen Zerstörung des Gewebes gibt sie ausgezeichnete und dauernde Resultate.

Manchester. H. S. Brooke.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Frankreich.

Xeroderma, von P. Bruchet. (*Nouveau Dict. de Médecine et de Chirurgie pratiques.* T. 39. 1886.)

Die Bezeichnung Xeroderma pigmentosum ist von Kaposi einer Allgemeinerkrankung beigelegt, die sich charakterisiert durch verschiedene Veränderungen der Haut, die schliefslich zur narbigen Atrophie derselben, zur Geschwürsbildung und zu Epithelialtumoren führen. Diese Affektion, die der berühmte Wiener Dermatologe im Jahre 1870 zuerst beschrieb, ist

eine seltene Krankheit, von der bis jetzt nur eine kleine Anzahl Fälle bekannt ist, die uns Bruchet kurz und präzis in seiner Arbeit anführt.

Vidal, der ihm den Namen „Kaposische Krankheit" beilegte, beobachtete bei dem Xeroderma pigmentosum 3 Stadien.

Das erste oder Initialstadium charakterisiert sich durch rote oder Sommersprossen ähnliche Flecke, deren Pigmentation allmählich immer dunkler wird.

Im zweiten Stadium folgt auf die Pigmentation eine Trockenheit der Haut, Abschilferung der Epidermis, Krustenbildung und Teleangiektasien.

Die dritte Periode ist gekennzeichnet durch die Neigung zur Warzenbildung (Epithelioma verucosum) und durch das Auftreten von Karcinom ähnlichen fungösen Gebilden.

Mit diesen drei Stadien korrespondieren unterschiedliche anatomische Veränderungen.

Im Niveau der pigmentierten Flecke beginnt nach der Ansicht von Pick diese Affektion mit Gefäserweiterung.

Nach Leloir und Vidal geht die Pigmentablagerung hauptsächlich in den tiefen Schichten der Epidermis vor sich und nur selten in der Tiefe der Cutis selbst.

Zur selben Zeit bildet sich an den Stellen, wo die Pigmentanhäufung vor sich geht, eine epitheliale Hypertrophie aus.

Im Niveau der atrophischen Flecke ist die Epidermis verdünnt, die Cutis erleidet eine Atrophie ähnlich derjenigen, die man bei der greisenhaften Veränderung der Haut antrifft. In den oberen Cutisschichten, namentlich in der Papillarschicht, trifft man embryonale Zellen in reichlicher Menge und ebenso massenhafte elastische Fasern an. Andererseits sind, wie bereits Pick dies konstatiert hat, Gefäße in reichlicher Anzahl vorhanden, in ihren Hüllen entsteht eine kleinzellige Infiltration, die Längszüge bilden und das normale Gewebe umfassen.

In dem von Leloir und Vidal bezeichneten dritten Stadium finden wir das gelappte Epitheliom, in dem die Lappen durch Epithelien gebildet werden, ähnlich denen der Stachelschicht; sie sind besonders reich an Hornkugeln und sind separiert durch ein mit embryonalen Zellen versehenes Bindegewebsgerüst. In dem Pickschen Falle zeigten einige Geschwülste die Struktur eines melanotischen Spindelzellensarkoms und einige Flecke wiesen das sehr zierliche Bild eines alveolären Pigmentsarkoms auf.

Das Xeroderma entsteht infolge kongenitaler Disposition und kann plötzlich ohne nachweisliche Ursache entstehen, vielleicht wird öfters die Wirkung der Sonnenstrahlen auf unbedeckte Hautpartien als Veranlassung angesehen. Die Prognose ist ernst und nicht besonders günstig, aber in gewissen Fällen befand sich der Patient leidlich wohl, z. B. im Falle von Dubois-Havenuth. Das Leben indessen schwebt immer in Gefahr, jedoch kann man es durch Entfernung der Geschwülste etwas in die Länge ziehen.

Warzen, von Heurtaux. (Ebenda.) Ohne uns etwas Neues über diesen Gegenstand zu sagen, unterscheidet der Verfasser nach einigen kurzen Betrachtungen über Sitz und Ätiologie der Warzen 3 Arten derselben.

I. Die gewöhnliche oder harte Warze, anatomisch charakterisiert durch die Hypertrophie einer Anzahl von Papillen, die von einem Mantel von einfachen Epithelien eingehüllt sind und die sekundäre Papillen hervorrufen können.

II. Die Feigwarze oder das Blumenkohlgewächs, bei denen jeder fadenförmige Ausläufer eine von einer besonderen Epidermisscheide umgebene Papille darstellt und deren anatomische Anordnung genau wie bei der vorhergehenden ist.

III. Die Fleischwarze oder verrue dermique, bei welcher die papillären und epithelialen Elemente nur wenig oder gar nicht übermäfsig entwickelt sind. Die Hypertrophie, wenn sie überhaupt existiert, beschränkt sich nur auf eine umschriebene Stelle in der Cutis oder auch auf deren ganze Dicke, manchmal erreicht sie nur deren oberflächliche Schichten.

Die allgemeine Histologie der Warzen wird vom Verfasser an andrer Stelle auf sehr unvollkommene Weise vorgenommen, sowohl bezüglich der Veränderungen des Epithels zu ihrer Oberfläche, als auch was die Abwesenheit oder das Vorhandensein der Nerven in den Papillomen betrifft.

Die Frage nach der parasitären Natur der Warzen wird dort überhaupt nicht behandelt, und es scheint dem Verfasser absolut entgangen zu sein, dafs bereits verschiedene Histologen über Mibrobien in den Warzen geschrieben haben.

In der Differentialdiagnose mit dem Epitheliom macht uns der Verfasser darauf aufmerksam, es sei bereits von andern Dermatologen die Ansicht aufgestellt worden, dafs bei den dazu disponierten Personen Warzen an derselben Stelle auftreten können, wo gewisse maligne Tumoren im Verschwinden begriffen sind.

Der Verfasser schliefst mit einer Übersicht der bei den Warzen gebräuchlichen Behandlungsmethoden und erwähnt namentlich gebührend der Caustica und andrer chemischer Mittel, denen von andern Schriftstellern der Vorzug eingeräumt wird.

Im übrigen läfst diese Arbeit den Leser ziemlich unbefriedigt.

Lille. A. Tavernier.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 2. Série. Tome VII. No. 9.

A. Pospelow (Moskau) schildert einen Fall von **idiopathischer Hautatrophie,** der sich den Beobachtungen Buchwalds (*Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1883) und Toutons (*Deutsche med. Wochenschr.* 1886.

No. 1)[1] anschliefst. Mit starker Faltenbildung verbundene (vorzugsweise also wohl das subkutane Bindegewebe betreffende) Atrophie der Haut des linken Unterarms bei einer 17jährigen Fabrikarbeiterin (Wollsortiererin), angeblich nach einer Erkältung entstanden und zwar in der Art, dafs am Tage nach dieser Erkältung zuvörderst ein aus roten, 10 Centimes-Stück grofsen Flecken bestehender Ausschlag im Bereich der später atrophischen Hautpartie sich zeigte. Die Atrophie entwickelte sich dann im Verlauf eines Jahres. Als Verf. die Patientin in ihrem 50. Lebensjahre sah, war die Farbe der erkrankten Haut livid-rötlich. Eine durch photographischen Druck hergestellte Abbildung dient der P.schen Arbeit zur Erläuterung.

P. Hamonic bringt den ersten Teil einer historischen Studie **über die venerischen Krankheiten der Hebräer der biblischen Zeit.**

In dem referierenden Teil des vorliegenden Heftes findet sich u. a. eine, von George Thibierge versuchte ausführliche Inhaltsangabe der soeben erschienenen Vorlesungen A. Fourniers über hereditäre Spät-Syphilis (Paris 1886), sowie ein Übersichts-Referat über **Impf-Tuberkulose** von Merklen; die in No. 17 des Jahrgangs 1886 der *Fortschritte der Medizin* enthaltene Arbeit gleichen Themas wird durch einige einschlägige Beobachtungen der französischen Litteratur, sowie durch einen Bericht über den Middeldorffschen Fall (*Fortschr. d. Med.* 1886. No. 8) von Infektion einer penetrierenden Kniegelenkswunde durch tuberkulöses Virus ergänzt. — Aufserdem enthält Heft 9 Referate über folgende deutsche Arbeiten: Kassowitz und Hochsinger, Kolisco, Antwort auf Kolisco von Kassowitz und Hochsinger, Mikroorganismen bei hereditärer Syphilis (*Wien. med. Bl.* 1886. Nr. 1 und 4, *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1886. Nr. 33), Finger, Immunität gegen Syphilis (*Allg. Wiener med. Zeit.* 1885. Nr. 50), Gerhardt, Hirnsyphilis (*Berlin. Klin. Wochenschr.* 1886. Nr. 28), Scheinmann, Diabetes mellitus und Syphilis (*Deutsche med. Wochenschr.* 1884. Nr. 31), P. Meyer, Beitrag z. Diagnostik d. interstitiellen syphil. Hepatitis d. Neugeborenen und Säuglinge (*Berlin. Klin. Wochenschr.* 1886. Nr. 16), C. Kopp, Über eine seltene Erscheinung bei akutem Jodismus (*Münch. med. Wochenschr.* 1886. Nr. 26), Neisser, Ansteckungsfähigkeit d. chron. Gonorrhöe (*Wien. med. Blätter.* 1885. Nr. 53 [identisch mit dem auf der Strafsburger Naturf.-Vers. gehaltenen, in Bd. 4. d. *Monatshefte* auf S. 376 referierten Vortrag ?M.]).

Dasselbe Nr. 10.

Nach Horteloup — **Bemerkungen über syphilitische Albuminurie** — kann die Syphilis in den ersten Momenten ihres Auftretens Albuminurie veranlassen. Eine derartige Albuminurie ist heilbar. Eine viel ernstere Prognose gibt die erst im 2. oder 3. Jahr nach stattgehabter Infektion in die Erscheinung tretende Albuminurie; der Regel nach bildet diese den

[1] Ref. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1886. pag. 118.

Ausgangspunkt einer chronischen Nephritis. Bei Syphilitikern besteht infolge des Vorhandenseins einer geschwächten Körperkonstitution eine Prädisposition zur Erkältung und in specie zur Erkrankung an „Nephritis a frigore." Die Arbeit H.s knüpft an 4 bereits von Edmund Wickham in der Société de Médecine de Paris vorgetragene Beobachtungen an, deren Inhalt auszugsweise wiedergegeben wird. Von besonderem Interesse sind die beiden ersten Fälle, in welchen eine nach frisch entstandener (3, resp. 8 Monate alter) Syphilis sich zeigende Albuminurie nebst konsekutivem Hydrops durch antisyphilitische Behandlung nach wenigen Wochen in dem einen Falle geheilt, im andren erheblich gebessert wird.

Über die in Heft 10 enthaltene Diskussion zur Lichen-Frage zwischen P. G. Unna und Brocq wurde bereits im vorigen Hefte unsrer Zeitschrift berichtet.

Lemonnier macht eine kasuistische Mitteilung folgenden Inhalts: Ein hereditär syphilitisches Haltekind infiziert seine Pflegerin, eine 54jährige Frau. Die Krankheit derselben wird von dem behandelnden Arzt nicht erkannt und seitens der betreffenden Frau auch auf ihren Ehemann übertragen.

Referiert sind folgende deutsche Arbeiten in Heft 10: Ehrmann, Ergrauen der Haare und verwandte Prozesse (*Allgem. Wien. med. Zeitg.* 1884. Nr. 29), G. Behrend, Knotenbildung am Haarschaft (*Virchows Arch.* Bd. 103), Bloch, Über einen Fall von Herpes zoster femoralis im Verlauf einer Tetanie (*Wien. med. Blätter.* Nr. 2).

Königsberg i. Pr. P. Michelson.

Italien.

Adenome der Haut. D'Urso (*Riv. internaz. di Med. e Chirurg.* 1886. Nr. 11) ergeht sich des längeren in histologischen Betrachtungen einer kleinen Geschwulst an der Nase, deren Alter auf 20 Jahre angegeben wird, und die an Gröfse nur sehr langsam zugenommen hat. Die die Oberfläche bedeckende Kruste wurde von Zeit zu Zeit abgestofsen. Diese Abhandlung hat grofsen diagnostischen Wert für zweifelhafte Fälle, wo es sich um die Differentialdiagnose eines wahren Epithelioms der Haut, eines Knäueldrüsen- und Talgdrüsen-Adenoms handelt. In diesem Falle handelte es sich um eine Geschwulst der letzteren Gattung, wie die mikroskopische Untersuchung ergab. Aus dem klinischen Bilde (langsamer Verlauf eines nicht gut zu bestimmenden Neoplasma) liefs sich eine sichere Diagnose nicht stellen.

Ducrey. **Über einen seltenen Fall von Pharynxstenose infolge konstitutioneller Syphilis nebst einem patholog. anatomischen Bei-**

trag zur Syphilis der Leber und Milz. (*Riv. clin. e terapeut.* Napoli Nr. 11, 12. 1886.) Ein 41jähriges Individuum, das im 18. Jahre ein verdächtiges Geschwür im Sulcus coronarius gehabt, sich aber trotzdem mit 21 Jahren verheiratet und 7 Kinder, von denen 3 sehr früh starben, gezeugt hatte, litt bereits seit seinem 30. Jahre an Ulcerationen des Rachens, ohne dafs sich jemals ein andres Symptom von Lues am ganzen Körper gezeigt hatte. Da sich nach einiger Zeit die Rachenaffektion verschlimmerte, trat der Patient in die dermato-syphilitische Klinik von Neapel ein (1881), woselbst die Diagnose auf „gummöse Ulceration des weichen Gaumens und des Pharynx, Glossitis gummosa" gestellt wurde. Auf eine antiluetische Behandlung besserten sich die Symptome, und der Patient entzog sich der Behandlung. Natürlich blieben infolge der Unterbrechung der Kur die Ulcerationen am Rachen, bis sich eine komplette Stenose derselben mit allen ihren Konsequenzen (gehemmte Schlingbewegungen und veränderte Stimmbildung) gebildet hatte. Es trat noch eine Lungenerkrankung und Lebervergröfserung hinzu, und 1885 trat der Exitus ein. Bei der anatomischen Untersuchung ergab sich: doppelte Pharynxstenose an der Zungenbasis, Peribronchitis coseosa und bedeutende Atrophie der Leber und der Milz mit Endarteriitis an den beiden letzten Organen.

Dieser Fall ist, was die Intensität und Ausbreitung betrifft, sehr interessant, namentlich auch durch die anatomischen und funktionellen Veränderungen des Rachens.

Giovannini. **Die Mikroparasiten des Harnröhrentrippers beim Manne.** (*Gaz. degli Osped.* Milano 1886. Nr. 91.)

1. Im schleimig-eiterigen Sekret der männlichen Harnröhre kann man 5 Arten von Mikroparasiten unterscheiden, die sich voneinander durch ihre morphologischen Eigenschaften, wie durch die Art und Weise ihrer Züchtung unterscheiden.
2. Von diesen Mikroorganismen sind 2 Arten identisch mit denen, die man auch in der gesunden Harnröhre des Mannes findet.
3. Keiner von diesen Parasiten gehört den Arten an, welche die Ammoniakfermentation des Urins verursachen.
4. Keiner von ihnen, Kaninchen unter die Haut oder ins Peritoneum geimpft, verhält sich wie der Mikrococcus pyogenes.
5. Ferner ist keiner von ihnen im stande, wenn er mit der menschlichen Harnröhre in Berührung gekommen, die charakteristische Blennorrhagie zu erzeugen.
6. Endlich gelingt es nicht, mit Hilfe der uns bis jetzt zugänglichen festen Nährböden (inkl. des menschlichen Blutserums) einen Mikroparasiten zu züchten, der die dem Gonokokkus zugeschriebenen pathogenen Eigenschaften hat.

Hieraus zieht der Verf. den Schlufs, dafs es keinen pathogenen Mikroorganismus der Blennorrhagie gibt, und begründet dies noch damit,

dafs man denselben entweder mit den bis jetzt existierenden Nährböden noch nicht züchten kann, oder dafs er auf denselben eine sehr rasche Abschwächung erleidet.

Dr. Bono. **Jodol in der Behandlung und Prophylaxis der venerischen Krankheiten.** (*Gaz. delle cliniche.* Torino. Nr. 17, 21, 22. 1886.) Nachdem der Verfasser das interessante Kapitel der Prophylaxis besprochen, zählt er alle die bekannten Mittel auf, die in Anwendnng gezogen werden, um einerseits überhaupt die Infektion zu verhindern, anderseits, wenn eine Infektion bereits stattgefunden, die Ansteckungsfähigkeit herabzusetzen, resp. ganz zu beseitigen. Im letzteren Falle begnügte sich Verf. nicht mit den ihm bekannten Mitteln, sondern suchte sich neue, namentlich. bezügl. der Initialaffektionen. Er empfiehlt die Anwendung der Caustica bei Geschwüren, die man durch örtliche Applikation von Kokain oder Cofein. benzoic. (2%) schmerzlos macht. Auch Ungt. ciner. und Jodoform werden vom Verf. gebührend gewürdigt, doch mufste der unangenehme Geruch des letzteren korrigiert werden, und dies erreichte man in Rom (1885) durch eine chemische Verbindung, die den Namen „Jodol" führt. Gleich nach seiner Entdeckung stellte Verfasser eine Reihe von 35 Versuchen mit demselben an, der 32 Fälle gegenüberstanden, die mit andern Medikamenten behandelt waren. Seine Erfahrungen mit dem neuen Mittel legte er in folgendem nieder:

1. Das Jodol kürzt mehr als alle andern Mittel die Dauer der Primärgeschwüre ab;
2. nimmt es dem Sekrete der Schanker für lange Zeit die Fähigkeit zu infizieren.

Andronico. **Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Syphilis bei Neugeborenen.** (*Arch. di Patolog. Infantile.* Anno IV. Fasc. 4.)

De Luca. **Hämorrhagische Syphilis bei Neugeborenen.** Zwei Beobachtungen, die einen Beitrag zur hämorrhagischen Syphilislehre bringen.

Siena. Tommasoli.

Verschiedenes.

Versuche über die Desinfektionsmittel, angestellt nach den neuen Methoden, von A. W. Blyth. Als zu desinfizierende Medien wurden Bacterium termo, faulende Jauche und Typhussekrete gewählt. Es wurden entweder das mit den Mikroben geimpfte Wasser ins Desinfektionsmittel eingeführt und nach einiger Zeit die Mischung auf Nährgelatine ausgesät. Aus dem Eintritte des Wachstums, welches sich durch Bildung von Kolonien von Mikroorganismen bemerkbar macht, kann man ersehen, in welcher

Weise das Desinfektionsmittel gewirkt hat. Oder die Mikroorganismen wurden an einem Baumwollenfaden adhäriert und mit dem Desinfektionsmittel in Berührung gebracht; darauf wurden auch hier mit den im Desinfektionsversuche gewesenen Objekten Kulturversuche auf Gelatine ausgeführt.

Es ergab sich bei diesen Versuchen, dafs Phenol und Kresol eine nahezu gleiche Desinfektionswirkung besitzen; Eisensulfat erwies sich selbst in starken Konzentrationen gegen obige Versuchsobjekte als wirkungslos. Von Ammoniakderivaten übt das Methylamin die stärkste desinfizierende Wirkung aus, es folgt dann Hydroxylamin, Äthyl- und Propylamin und endlich Ammoniak selbst. Pyridin desinfiziert stärker als Pikolin und Lutidin; Parvalin kommt ungefähr dem Pyridin an Einwirkung gleich. Die Desinfektion ist eine durchgreifendere, je länger sie dauert, und ist bei 35—37° vollständiger, als bei gewöhnlicher Temperatur. (Nach *Chem. Centrbl.* 1886. 734.)

Der **sechste Kongrefs für innere Medizin** findet am 13. bis 16. April 1887 zu Wiesbaden statt. Das Präsidium desselben übernimmt Herr Leyden (Berlin). Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Mittwoch, den 13. April: Die Therapie der Phthisis. Referenten: Herr Dettweiler (Falkenstein) und Herr Penzoldt (Erlangen). — Donnerstag, den 14. April: Über die Lokalisation der Gehirnkrankheiten. Referenten: Herr Nothnagel (Wien) und Herr Naunyn (Königsberg). — Freitag, den 15. April: Über die Pathologie und Therapie des Keuchhustens. Referenten: Herr A. Vogel (München) und Herr Hagenbach (Basel). Ferner sind folgende Vorträge angemeldet: Herr Lichtheim (Bern): Zur Kenntnis der perniciösen Anämie. Herr Rindfleisch (Würzburg): Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. — Herr Unverricht (Jena): Über experimentelle Epilepsie. — Herr Rossbach (Jena): Über die physiologische Bedeutung der aus den Tonsillen und Zungenbalgdrüsen auswandernden Leukocythen. — Derselbe: Über Chylurie. — Derselbe: Über einen Atmungsstuhl für Emphysematiker und Asthmatiker.

Herrmann Haertel in Breslau verschickt einen sehr reichhaltigen und sauber ausgestatteten, illustrierten Katalog mit über 6500 Abbildungen von Instrumenten, in welchem auch zum ersten Male das **dermatologische Instrumentarium** eine eigne Abteilung bildet. Derselbe kostet broschiert 4 *M.*, geb. 5 *M.*, wird jedoch Ärzten bei Entnahme von Instrumenten im Betrage von 30 *M.* in Anrechnung gebracht.

Druckfehlerberichtigung.

No. 2. S. 89. Zeile 4 v. o. genetisch statt hermetisch.
„ „ 90. „ 13 v. u. neun an Merkur behandelten Personen.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 5. 1. März 1887.

Über Proteiden in dem animalischen Impfungsstoffe.

Von

Dr. A. van der Loeff

in Breda (Holland).

Es wird ungefähr ein Jahr her sein, daſs ich mich entschloſs, eine spezielle bakteriologische Untersuchung anzustellen und dazu den animalischen Impfungsstoff wählte, da die saubere und gut eingerichtete Impfungsanstalt zu Harlem mir zu diesem Zwecke in jeder Hinsicht Gelegenheit darbot.

Mit den bakteriologischen Untersuchungen des animalischen Impfungsstoffes zeigten sich jedoch bald sehr groſse Schwierigkeiten verbunden, gegen welche man fortwährend ankämpfen muſste. Hauptsächlich aber zeigten sich diese Schwierigkeiten beim Einsammeln der Impfungslymphe des Kalbes, erstens, weil so leicht Unreinheiten der Haut in die Lymphe aufgenommen werden konnten, zweitens, weil die Anwesenheit von Blut oder Serumteilen sich nicht umgehen lieſs.

Nachdem ich zuerst eine gut entwickelte Pocke von dem Kalbe (abwechselnd am 3., 4. oder 5. Tage nach der Impfung) mit einer Sublimatlösung, darauf mit destilliertem Wasser und sodann mit Alkohol gereinigt hatte, wurde in verschiedener Weise und immer mit sterilisierter Lanzette und Zange der Stoff aus der Pocke hervorgeholt und darauf in zuvor geglühten und nachher zugeschmolzenen Röhrchen (wie man diese allgemein benutzt) oder in sterilisierten, besonders zu diesem Zwecke verfertigten kapillaren, in gläsernen Büchschen befestigten Röhrchen aufgefangen. Sobald wie möglich wurde die in dieser Weise er-

haltene Lymphe mit Nährgelatine oder Agar-Agar vermischt, darauf auf eine mit umgebogenem Rande versehene Platte ausgeschüttet und hernach unter einer Glasglocke einer Temperatur von 30° C. oder einer Zimmertemperatur ausgesetzt.

Nachdem ich also mehrere ähnliche Plattenkulturen gemacht hatte, zeigte es sich, dafs auf der Oberfläche derselben sich ziemlich konstant 3 Arten von Kolonien in gröfserer und geringerer Zahl bildeten, die aufser durch ihre Vegetationskraft sich hauptsächlich durch ihre Farbe, nämlich als gelbe, weifse und graue kennzeichneten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs alle drei Kolonienarten sich aus Kokken bildeten und dafs dieselben, nachdem sie mit verschiedenen Farbstoffen behandelt waren, nicht nur einander, sondern auch mit den Kokken — wie man diese fast konstant in nicht geringer Menge in der Impfungslymphe des Kalbes antrifft — sehr viel Übereinstimmung zeigten.

Von den drei Kolonienarten wurden Strichkulturen angefertigt, damit man mit den also erhaltenen Reinkulturen Impfungsversuche auf dem Kalbe anstellen könne.

Nachdem die Impfungsversuche monatelang fortgesetzt worden waren und nacheinander der gelbe, weifse und graue Kokkus als Impfungsstoff benutzt war, ergab sich als Resultat der Versuche, dafs alle drei Kokkusarten fast regelmäfsig, jedoch in gröfserm oder geringerm Mafse, besonders am dritten Tage nach der Impfung, eine nicht unerhebliche Reaktion in der Form einer kleinen, harten, blafsroten Pustel hervorgerufen hatten; dafs jedoch auf dieser kleinen Pustel niemals auch nur eine Spur der Delle (wie dies bei den kleinen Pocken durch Impfung mit animalischem Impfungsstoff am 3. Tage wohl der Fall war) wahrgenommen werden konnte; dafs diese Püstelchen 4 mal 24 Stunden nach der Impfung wiederum so gut wie verschwunden waren.

Von jenen Püstelchen, durch verschiedene Kokken hervorgerufen, vermochte ich stets eine nicht geringe Menge Lymphe in einer Glasröhre aufzufangen, und als durch Vermischung dieser Lymphe mit Nährsaft wiederum Plattenkulturen gemacht worden waren, und sich auf denselben gleichfalls die erwähnten Kolonien der verschiedenen Kokken zeigten, da meinte ich auf dem rechten

Wege zu sein, den Pockenvirus in dieser Weise allmählich verstärken zu können.

Als ich mich jedoch bei den darauf fortgesetzten Impfungsversuchen immer wieder getäuscht sah, da sich nichts weiter als das obenerwähnte Püstelchen hervorbringen liefs, habe ich nacheinander auch noch den gelben, weifsen und grauen Kokkus, nachdem daraus Strichkulturen gebildet waren, — dadurch dafs ich sie einer Temperatur von 100° C. aussetzte — getötet, darauf mit animalischem Kuhpockenstoff vermischt und wiederum auf die Platte geschüttet.

Auch diese Plattenkulturen, in welchen sich das geheimnisvolle Blatternwesen mit dem aufgelösten, es sei gelben, weifsen oder grauen Kokkus nähren konnte, um möglicherweise alsdann deutlicher in den Vordergrund zu treten, haben eben so wenig Erfolg gehabt. Von all diesen bakteriologischen Untersuchungen und Impfungsversuchen habe ich die genauesten Aufzeichnungen gemacht, um darüber später eine geregelte Mitteilung zu machen.

Dafs ich von diesem Vorhaben abstehe in der Meinung, zur Zeit mit dieser kurzen Übersicht auskommen zu können, hat seinen Grund in den erhaltenen Resultaten der mikroskopischen Untersuchung des animalischen Kuhpockenstoffes, womit ich mich besonders beschäftigt habe, als die Überzeugung allmählich grofs in mir wurde, dafs die erhaltenen Reinkulturen der weifsen, gelben und grauen Kokken nicht als wirksame Bestandteile der Pockenlymphe zu betrachten seien.

Schon früher hatte es meine Aufmerksamkeit erregt, dafs in der flüssigen Pockenlymphe des Kalbes beim Auseinanderstreichen derselben auf einem Deckglas und bei baldiger Betrachtung unter der Lupe hin und wieder ein bewegliches, die Gestalt wechselndes Körperchen wahrgenommen werden konnte.

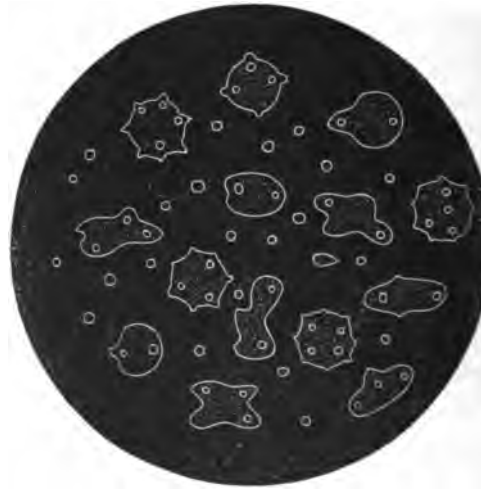
Die seltene Anwesenheit dieses Körperchens und dessen Verschwinden beim Eintrocknen und der darauf erfolgenden Färbung des Präparats waren Grund, dafs ich demselben damals nicht die nötige Aufmerksamkeit schenkte.

Als ich jetzt den animalischen Kuhpockenstoff wiederholt und oft beim Gaslicht mikroskopisch untersuchte, geschah es nicht selten, dafs dieses obenerwähnte Körperchen wieder zu bemerken

war, wenn die reine Lymphe aus einem Röhrchen, also ohne Beimischung jedweder Feuchtigkeit oder jedweden Farbstoffes auf das Deckglas gebracht worden war.

Der dabei erhaltene Eindruck, dafs diese beweglichen Körperchen vor jedem Druck geschützt werden müfsten, brachte mich dazu, die reine Lymphe als Tropfen hängend an einem Deckglas in der sogenannten feuchten Kammer zu untersuchen.

Was ich damals nach wiederholten Untersuchungen und besonders in der frischen Lymphe bemerkte, übertraf bei weitem meine Erwartungen, ja erregte in hohem Grade mein Erstaunen, da sich jetzt zahlreiche bewegliche Körperchen zeigten, die wegen der grofsen Mannigfaltigkeit ihrer Form unwiderleglich als Rhizopoden (welche Klasse mit derjenigen der Infusorien die Protozoen bilden) betrachtet werden müfsten.



Das hier wiedergegebene Bild jener Tierchen, wie sich dieselben bei einer 900 maligen Vergröfserung (Leitz Wasserimmersion 9 und Okular 3) ergeben, zeigt deutlich, dafs sie der Familie der Proteiden angehören und unter das Geschlecht der Amöben zu bringen sind.

Nachher habe ich, soweit dies meine Amtsthätigkeit gestattete.

die mikroskopische Untersuchung des animalischen Kuhpockenstoffes — auch aus andern Impfungsanstalten — fortgesetzt.

Immer ergab diese Untersuchung ein positives Resultat, in der Weise jedoch, dafs, falls der aus andern Städten bezogene animalische Impfungsstoff, bald nachdem er vom Kalbe genommen wurde, in meinen Besitz gelangte und einer sofortigen mikroskopischen Untersuchung unterworfen wurde, darin stets die gleichen etwas gelblichen Tierchen in verschiedenen Gestaltungen und Formen und in gröfserm oder geringerm Mafse wahrnehmbar waren. Wurde jedoch der Stoff erst am 4. oder 5. Tage nachdem er vom Kalbe genommen war einer Untersuchung unterworfen, so zeigte es sich, dafs jene Tierchen durchgängig die Kraft der Bewegung verloren hatten, so dafs alsdann nur runde Körperchen von sehr verschiedener Gröfse bemerkt werden konnten.

Fand die Untersuchung noch später statt, so dafs der Stoff länger als eine Woche in Glasröhren aufbewahrt worden war, dann liefs sich schon aus der geringern Anwesenheit dieser runden Körperchen der Schlufs ziehen, dafs die Lymphe nicht rein vom Kalbe bezogen worden sei und die darin aufgenommenen Unreinheiten, besonders wenn es Bakterien betraf, diese Körperchen schon in gröfserm oder geringerm Mafse zerstört hatten.

Nicht selten habe ich in animalischem Impfungsstoff, der 14 Tage oder länger in Glasröhren aufbewahrt worden war, kein einziges dieser runden Körperchen bemerken können, und es stellte sich heraus, dafs die Lymphe stark erfüllt sei mit verunreinigenden Bakterien.

Darauf erfolgte Untersuchungen mit so rein wie nur möglich von dem Kalbe bezogener Lymphe, mit Lymphe aus Pocken, welche jedoch vorher mittels einer Sublimatlösung gereinigt waren, ergaben überrachende Resultate, da die so rein wie möglich erhaltene Lymphe auch nach Monaten noch jene runden Körperchen enthielt, während in der nicht rein erhaltenen Lymphe dieselben oft schon nach 14 Tagen ganz und gar durch Verunreinigungsbakterien ersetzt waren.

Impfungsversuche mit dergleichen verunreinigten Lymphen, an Kindern und Kälbern angestellt, sind stets erfolglos geblieben,

während die Impfungen mit reiner Lymphe, auch nachdem diese sogar monatelang in Glasröhren aufbewahrt wurde, stets die erstrebten Resultate erzielt haben.

Meiner festen Überzeugung nach steht denn auch die gröfsere oder geringere Dauer der wirksamen Kraft des in Glasröhren angesammelten animalischen Kuhpockenstoffes in genauester Verbindung mit der mehr oder weniger reinen Weise, in welcher die Lymphe dem Kalbe entnommen wurde.

Bis soweit meine Erfahrungen.

Ich möchte gestützt auf dieselben die Frage aufwerfen, ob ähnliche Proteiden schon mehrmals an animalischem Kuhpockenstoffe wahrgenommen worden sind, und wenn dies der Fall, weshalb man denn bis dato dieser Sache nicht mehr Gewicht beigelegt hat; wenn dies aber nicht der Fall, ob man alsdann nicht mit gröfster Wahrscheinlichkeit annehmen dürfe, dafs diese Tierchen in inniger Verbindung stehen mit dem Virus des Kuhpockenstoffes, über welchen wir uns noch immer im unklaren befinden.

Obgleich mit gröfster Bescheidenheit, so glaube ich doch, dafs ich mir auf letzteres eine bejahende Antwort erlauben darf und zwar: weil es sich jetzt zeigt, aus welchem Grunde die bakteriologischen Versuche, die wirklichen Wesen der Impfungslymphe auf Nährböden fortzupflanzen, stets fehlgeschlagen sind; weil jetzt die Entstehung einer Delle in jeder Pocke ihre Erklärung findet in dem Zusammensturz der ältesten und oberflächlichst gelegenen Proteiden, wenn diese ihrem Lebenszweck entsprochen haben oder durch Mangel an Nahrung genötigt sind, unterzugehen; weil die weit gröfsere Anzahl der Proteiden in dem geronnenen als in dem flüssigen Teil des animalischen Kuhpockenstoffes (wenn derselbe in einer Glasröhre angesammelt und aufbewahrt worden ist) auch vollkommen stimmt zu den Ergebnissen der Impfung, welche auch das Geronnene als weit wirksamer haben erkennen lassen als den flüssigen Teil; weil die Impfungen mit animalischem Kuhpockenstoff, in welchem diese Proteiden, es sei in Bewegung, es sei in Ruhe, wahrgenommen werden konnten, immer gut entwickelte Pocken hervorgebracht haben, während die Impfungen mit Lymphe, worin sich keine Proteiden vorfanden, stets erfolglos geblieben sind; und

weil ich ähnliche Proteiden nie in dem Hautserum des Kalbes (durch Drücken mit der Zange in der Umgegend einer Pocke erzielt) und ebensowenig in der Lymphe der Püstelchen (entstanden durch Impfung mit obenerwähnten Kokken) vorgefunden habe. Dafs von mir bis jetzt nur noch eine einfache Thatsache mitgeteilt worden ist, und ich dieselbe durch mehrere Versuche und durch mehrere Beweise werde erhärten müssen, davon bin ich aufs tiefste überzeugt.

Innerliche Anwendung des Hydrargyri carbolici oxydati bei Syphilis.

Von

Dr. Karl Schadek

in Kiew.

Ich werde mir erlauben in wenigen Zeilen die Aufmerksamkeit der Fachkollegen auf ein neues Quecksilberpräparat zu lenken, das, soviel ich erfahren konnte, noch nicht allgemein bekannt ist.

Im Märzhefte 1886 einer wenig bekannten italienischen Zeitschrift erschien eine Mitteilung des Prof. Gamberini[1], der ein neues Hg-Präparat zum innerlichen Gebrauch empfahl; dieses Mittel scheint vor den andern zum innerlichen Gebrauch bisher angewandten Quecksilberpräparaten (Kalomel, Protojoduret, Sublimat u. a.) den Vorzug zu verdienen, weil es vom Verdauungstrakt gut vertragen wird. Gamberini nimmt an, dafs Syphilis eine parasitäre Krankheit sei, und dafs daher ein doppelt antiparasitäres Mittel viel wirksamer sein würde. Um diesen Zweck zu erreichen, hat er die Karbolsäure mit Quecksilber vereinigt und somit das Quecksilberphenolat — il fenato di mercurio — gebildet. Dieses neue Hg-Präparat wurde von den Chemikern Luigi Boriani und Dallari Gherardo in folgender Weise dargestellt: Die filtrierte Wasserlösung des Kaliphenolates wird ge-

[1] Pietro Gamberini, Il Fenato di mercurio, nuovo medicamento per la cura della sifilide. *Rivista italiana di terapia e igiene.* 1886. No. 3. pag. 84—89. Ref. *Monatshefte f. pr. Derm.* 1886. pag. 282.

mischt mit der erkalteten und filtrierten wässerigen Sublimatlösung; es bildet sich hierbei ein orangefarbiger Niederschlag, der bald hellgelb wird, und beim Trocknen eine noch hellere Farbe annimmt; nach dieser Bereitungsweise erhielten die Genannten eine pulverartige Masse des Quecksilberphenolates, die Karbolsäuregeruch verbreitet.

Nach der Analyse GHERARDOS soll das Mittel folgende chemische Formel haben: C_6H_4OHg.

GAMBERINI hat in 10 Fällen von Syphilis secundaria (bei 5 Männern und 5 Weibern) das neue Hg-Präparat innerlich in Pillenform verabreicht; jede Pille enthielt 0,002 des Mittels und war mit einem Mantel von Tolubalsam überzogen. Mit diesem Präparate hat GAMBERINI im ganzen sehr befriedigende Erfolge erzielt. Die Behandlung beginnt mit 2 Pillen und kann allmählich bis zu 4—6 täglich steigen. Das Mittel wurde durchgehends sehr gut vertragen und verursachte nur 3mal unbedeutende Koliken, aber niemals Durchfälle.

Die syphilitischen Erscheinungen — makulöse und papulöse Syphilide — involvierten rasch bei dem Gebrauche des Quecksilberphenolates. Die ganze innerlich genommene Quantität betrug 1,0—6,0 g. 4mal beobachtete er merkurielle Stomatitis und unbedeutende Salivation. Die Behandlungsdauer war 12—20 Tage in 6 Fällen, 25—45 Tage in 3 Fällen und 70 Tage in 1 Falle.

Die Erfolge, welche GAMBERINI in einer Versuchsreihe von 10 Syphilisfällen mit dem Quecksilberphenolat erzielte, waren zu weiteren Versuchen sehr aufmunternd. Deshalb ergriff ich die Gelegenheit, den Wert dieses Mittels aus eigner Praxis kennen zu lernen. Da das neue Hg-Präparat im Handel noch nicht vorhanden war, wandte ich mich an den hiesigen Apotheker Herrn H. BRANDT mit der Bitte, sich dieses Gegenstandes anzunehmen und ein solches Präparat zu bereiten; Herrn H. BRANDT gelang es ein karbolsaures Hg-Oxydpräparat von konstanter Verbindung darzustellen. Das neue Quecksilberpräparat ergab nach der angestellten Analyse einen Durchschnittsgehalt von ungefähr 50% Quecksilber und folgender Formel:

$$\left.\begin{matrix} C_6HO \\ C_6H_5O \end{matrix}\right\} Hg + H_2O.$$

Dieses karbolsaure Quecksilberoxyd—Hydrargyrum carbolicum oxydatum — wird von H. BRANDT dargestellt durch Fällung einer sehr verdünnten wässerigen Sublimatlösung mit einer konzentrierten, von kohlensaurem Kali freien, alkoholischen Phenolkalilösung. Der so erhaltene Niederschlag hat eine gelbliche Farbe, die nach 24stündigem Stehen unter öfterem Schütteln der Flüssigkeit eine fast weiſse Farbe annimmt. Der Niederschlag wird auf ein Papierfilter gebracht und so lange mit destilliertem Wasser ausgewaschen, bis keine Reaktion auf Chlor mehr erhalten wird. Jetzt wird der Niederschlag auf neues Filtrierpapier gebracht und über Schwefelsäure unter der Glocke getrocknet.

Das so dargestellte Hydrargyrum carbolicum oxydatum ist eine fast weiſse (sandfarbige) geschmacklose, amorphe Substanz, von schwachem Karbolsäuregeruch, die sich unzersetzt nicht löst, wird von kalter Salzsäure wenig angegriffen, dagegen löst sie sich sehr leicht in kochender Salzsäure. Lösungen von ätzenden und kohlensauren Alkalien geben mit obiger verdünnter Salzsäurelösung einen gelbroten Niederschlag von Quecksilberoxyd. Das karbolsaure Quecksilberoxyd schmilzt nicht beim Erhitzen in einem trockenen Probiercylinder und ist unzersetzt nicht sublimierbar. Wird es in solcher Weise erhitzt, so bildet es Kohle, Quecksilberkügelchen nebst Wasserdämpfen. Beim Kochen des Präparates mit verdünnter Salpetersäure löst es sich, und die Lösung zeigt bei weiterem Erhitzung MILLONsche Reaktion: es bildet sich zuerst eine schwach gefärbte Flüssigkeit, die plötzlich in rot und später in braunrot übergeht. Dieses Verhalten kann als eine Spezialreaktion auf karbolsaures Quecksilberoxyd angesehen werden. In Chloroform, Schwefelkohlenstoff und Äther ist das Präparat unlöslich; mit Natrumlauge gekocht löst es sich und bildet nach dem Erkalten einen weiſslichen Niederschlag.[2]

---

[2] In der letzteren Zeit kommt im Handel ein Quecksilberpräparat, genannt Hydrargyrum carbolicum crystallisatum, vor, welches gelbliche prismatische Kristalle darstellt, die beim Kochen mit Wasser oder verdünnter Salzsäure fest zusammenbacken. Beim Kochen mit Salpetersäure löst sich das Präparat, gibt aber keine MILLONsche Reaktion und entwickelt einen benzoeartigen Geruch, unter Gelbfärbung der Flüssigkeit. In Chloroform und Schwefelalkohol ist das Präparat leicht löslich. Beim gelinden Erhitzen der Kristalle in einem trockenen Reagensgläschen schmilzt es zu einer gelblichen Flüssigkeit, bei weiterem starken Erhitzen zersetzt sich das

Das in solcher Weise dargestellte Hydrargyrum carbolicum oxydatum habe ich seit Juli vorigen Jahres in meiner ambulanten Privatpraxis bei Syphilis angewendet. Anfangs verabreichte ich innerlich das Präparat in Dosen von 0,02 in Pillenform; durchschnittlich liefs ich täglich drei solcher Dosen nehmen und nur in 8 Fällen vier. Das Präparat wurde immer vorzüglich vertragen; in allen Fällen blieb die Verdauung ungestört, der Stuhl normal, nur in zwei Fällen wurde über Druckgefühl im Unterleibe geklagt. In einigen Fällen konnten die Kranken 6—8 Wochen lang Hydrargyrum carbolicum oxydatum kontinuierlich nehmen, ohne dafs es irgend welche Koliken oder Durchfälle verursachte. Die Zahl der Syphilisfälle, wo ich das Mittel innerlich anwandte, war bisher 35 (bei 26 Männern, 6 Weibern und 3 kleinen Kindern). Nach Eingabe des Präparates wird Quecksilber gut in den Körper aufgenommen, wie man es aus dem therapeutischen Erfolg des Hydrargyri carbolici oxydati bei Syphilis secundaria ersieht; in 5 Fällen kamen Schwellung des Zahnfleisches und Salivation vor, doch war dieselbe meistens unbedeutend und ging bald vorüber. Als einen sicheren Beweis für die rasche Hg-Resorption durch den Organismus bei innerlicher Anwendung des Hydrargyrum carbolicum oxydatum dient das Auftreten des Quecksilbers im Harn schon nach Anwendung von 0,06 des Mittels.

Bezüglich des therapeutischen Erfolges der innerlichen Anwendung des Hydrargyrum carbolicum oxydatum halte ich mich auf Grund meiner Beobachtungen zu dem Ausspruche berechtigt, dafs es namentlich auf die Rückbildung der syphilitischen Erscheinungen von sehr günstigem Einflusse ist: makulöse und papulöse Exantheme, auch sogenannte Psoriasis palmaris und plantaris involvieren sich unter dem innerlichen Gebrauche dieses

Präparat unter Bildung von Quecksilberkügelchen, welche sublimieren, und von braunschwarzem Teer von benzoeartigem Geruch. Wird die Öffnung des erhitzten Reagenscylinders an die Flamme gehalten, so entzündet sich das sich dabei entwickelnde Gas (Benzol). Aus den von uns angestellten Versuchen und Analysen ist zu ersehen, dafs dieses Quecksilberpräparat — Hydrargyrum carbolicum crystallisatum — nicht identisch mit dem von H. Brandt dargestellten karbolsauren Quecksilberoxyd ist und zwar dem Quecksilberphenyl $\left(\begin{matrix}C_6H_5\\C_6H_5\end{matrix}\right)Hg$ entspricht.

Mittels sehr rasch; bei Fleckensyphilis und leichteren Recidivformen der Syphilis genügt 2—4wöchentliche Verabreichung des Mittels; bei den syphilitischen Erkrankungen der Schleimhäute, bei grofspapulösen, kleinpapulösen und pustulösen Syphiliden ist man genötigt 4—6 Wochen lang das Präparat anzuwenden. Die multiplen Drüsenschwellungen, welche einer jeden antisyphilitischen Behandlung monatelang Trotz bieten, wichen auch bei Anwendung des Hydrargyrum carbolicum oxydatum sehr wenig. Die günstige Wirkung des Präparates auf die Involution breiter Kondylome der Genitalien und des Anus kann ich nach meinen Versuchsfällen nicht genügend bestätigen, da ich sie nicht rein beobachtet habe: ich war nämlich genötigt wegen besonderer Verhältnisse der Privatpraxis die lokale Behandlung solcher syphilitischer Affektionen anzuwenden.

Unter 35 Fällen waren 19 Recidivformen der Syphilis secundaria, 16 recenter Syphilis; als Nachkur nach Friktions- oder Injektionscyklus wurde das Mittel angewendet 12 mal. In 2 Fällen sehr hartnäckiger Syphilis mit ausgebreitetem, papulösem Ausschlag am Stamm und den Extremitäten (bei einem 45jährigen schwachen Mann und bei einem 42jährigen Weib) hat mich das Mittel im Stiche gelassen, weshalb ich später zur Simonschen Inunktionskur griff und damit auch zum Ziele kam. Bei Spätformen der Syphilis habe ich bis jetzt die innerliche Anwendung des Hydrargyrum carbolicum oxydatum nur als Nachkur angewendet; es steht mir also über die therapeutische Wirkung dieses Mittels in solchen Fällen kein Urteil zu.

Um bei Kranken der Störung des Intestinaltraktus vorzubeugen, verabreichte ich das Mittel immer nach den Mahlzeiten in Pillenform nach folgender Formel:

℞ *Hydrargyri carbolici oxydati* 1,2
Extr. et pulv. liquiritiae q. s.
ut f. massa ex qua form. pil. No. 60
Obduce *Balsomo tolutano.*
S. Jeden Tag 2—4 Pillen zu nehmen.

Bei Kindern genügen täglich zwei Dosen von je 0,004—0,005 Gramm. Solche Dosen wurden sehr gut von 2—4jährigen Kindern (in 2 Fällen) vertragen, ohne Verdauungsbeschwerden zu verursachen.

Aus diesem Erfolge ist zu ersehen, dafs ich mit obigem Hg-Präparat ebenso befriedigende Resultate wie GAMBERINI erhalten habe.

Die Anwendung dieses Mittels bei Syphilis finde ich umsomehr angemessen, da ich es nicht in der Spitalpraxis, sondern in der Ambulanz verordnete, wo solche Patienten hinsichtlich ihrer Lebensweise der Aufsicht entzogen waren, — ein Moment, welches für die Beurteilung des Wertes der therapeutischen Anwendbarkeit sehr wichtig ist und den Wert des Hydrargyrum carbolicum oxydatum erhöht.

Aus unsern Beobachtungen bei innerlichem Gebrauche des Mittels bei Syphilis läfst sich also erkennen:

1. dafs Hydrargyrum carbolicum oxydatum einen günstigen Einfluſs auf den Heilungsprozeſs der syphilitischen Affektionen, namentlich bei Lues secundaria, ausübt.

2. dafs dieses Mittel den Intestinaltraktus gar nicht reizt und sehr gut von den Kranken vertragen wird.

3. dafs Hg bei innerlicher Anwendung des Hydrargyrum carbolicum oxydatum rasch resorbiert wird und in den Säftestrom gelangt.

Obwohl ich mich nicht für ganz berechtigt halte, aus 35 Fällen allgemein gültige Schlüsse zu ziehen und mich in weitgehenden Vergleichungen mit andern Methoden der Quecksilberapplikation zu ergehen, so scheint mir doch mit ziemlicher Sicherheit daraus hervorzugehen, dafs das von GAMBERINI empfohlene Hg-Präparat ein schätzbares Mittel in der Syphilisbehandlung sein wird und dafs dieses Präparat besonders bei leichten Syphilisformen und Recidiven, auch als Nachkur sehr empfehlenwert und den andern Quecksilberpräparaten vorzuziehen ist, da letztere (Kalomel, Jodquecksilber, Sublimat u. a.) bei innerlichem Gebrauche oft unangenehme Nachwirkungen verursachen.

Seit einiger Zeit wende ich das Hydrargyrum carbolicum oxydatum auch hypodermatisch an und hoffe bald darüber Näheres mitzuteilen.

Kiew, 23. Januar 1887.

Zwei neue Mollin-Präparate als Ersatz der Jodtinktur- und Jodkaliumsalbe.

Von

Th. Alfred Kirsten

in Leipzig.

Im Anschluſs an meinen Aufsatz über „Das Mollin, ein neues Seifenpräparat als Vehikel für die kutane Anwendung dermatologischer Medikamente“ in diesen Heften (1886. No. 8. pag. 337) und zugleich als Nachtrag zu demselben möchte ich mir heute einige Bemerkungen über zwei weitere, neue Verbindungen dieser Seife erlauben, welche gewiſs in ganz besonderem Maſse dazu beitragen werden, dem bereits in so kurzer Zeit überaus beifällig aufgenommenen Salbenkonstituens neue Anhänger zu erwerben und dessen Gebrauch in der Praxis mehr und mehr einzubürgern.

Schon längst hatte ich dem Erfinder, Herrn Apotheker Canz in Leipzig, den dringenden Wunsch ausgesprochen, eine Verbindung der Jodtinktur mit dem Mollin, als Ersatz der Jodtinktursalbe, verwenden zu können, da ich die Wirksamkeit dieses Medikamentes in seiner kutanen Anwendung auſserordentlich schätzen gelernt habe und dasselbe bei verschiedenen Affektionen deshalb allen andern, ähnlichen Mitteln vorziehe. Leider hatte sich die praktische Ausführung dieses Versuches infolge verschiedener, äuſserer Umstände immer wieder verzögert, und erst in der letzten Zeit sind wir endlich dazu gekommen. Das Resultat war ein überraschend günstiges, und das angefertigte Präparat entsprach allen billigen Anforderungen. Meine hauptsächlichste Befürchtung, daſs die Farbe der Jodtinktur durch die chemische Wirkung des Mollins zum Verschwinden gebracht werden möchte, — wodurch angeblich auch die Wirksamkeit der ersteren beeinträchtigt werden würde — hat sich glücklicher Weise nicht bestätigt, und so steht nichts mehr im Wege, die Jodtinktursalbe mit allen ihren Übelständen, welche das die Grundlage bildende Fett bedingt, durch das entsprechende, so viel sauberere und bequemere Mollinpräparat zu ersetzen. Auf die Vorzüge desselben einzu-

gehen, kann ich mir wohl ersparen, da dieselben bei allen Mollinverbindungen annähernd gleich und in dem früheren Artikel ausführlich besprochen worden sind.

Wie das Mollin. hydrarg. ciner. und sulfoichthyolic., so dürfte auch das Mollinum Tincturae Jodi ganz besonders berufen sein, den Wert dieses neuen Vehikels zu illustrieren und die entsprechende Fettsalbe nach und nach zu verdrängen, da die Gelegenheit, von demselben Gebrauch zu machen, sich fast tagtäglich in der Praxis darbietet.

Bei allen entzündlichen und nicht entzündlichen Anschwellungen oberflächlicher Teile, z. B. der Drüsen, der Knochenhaut, des subkutanen Zellgewebes, der Lymphgefäfse, der Muskeln und der Haut, bei gewissen Degenerationen der Haut, zur abortiven Behandlung von Panaritien, Furunkeln und Abscessen, gegen Perniones, zur abortiven Behandlung der Blatternpusteln, bei verschiedenen Affektionen der Gelenke, Schleimbeutel, Hoden, Samenstränge etc., bei Verrenkungen, Verstauchungen, zur Aufsaugung von Exsudaten, wie bei Pleuritis, bei subkutanen Blutergüssen und Extravasaten, um dieselben zur Resorption zu bringen, sowie bei verschiedenen andern Zuständen, deren vollständige Aufzählung uns zu weit führen würde, wird die Jodtinktur mit günstigstem Erfolge verwendet werden, und ich habe mich deshalb häufig genug gewundert, dafs nicht wenige Kollegen so selten von derselben Gebrauch machen.

Die Verbindung der Jodtinktur mit einem Salbenvehikel hat dem reinen Präparat gegenüber meiner Ansicht nach mancherlei Vorzüge, welche mich in den meisten Fällen bestimmt haben, die Salbenform in der Privatpraxis vorzuziehen, ausgenommen, wenn es sich um eine besonders energische Wirkung handelte, da die reine Jodtinktur hinsichtlich der Intensität der Wirkung allerdings der Salbe überlegen ist. Diese Eigenschaft der Tinktur wird aber dadurch beeinträchtigt, dafs sich die mit derselben behandelte Haut sehr leicht entzündet und schält, infolge dessen die Anwendung, wenigstens zeitweise, ausgesetzt werden mufs, um die Entzündung nicht noch mehr zu steigern. Dagegen ist die Salbe bedeutend milder und ruft nach meiner Erfahrung kaum jemals eine solche Entzündung hervor — vorausgesetzt natürlich,

dafs sie die Tinktur nicht in zu starkem Prozentverhältnis enthält —, so dafs sie selbst lange Zeit hindurch ununterbrochen angewendet werden kann. Trotz ihrer schwächeren Wirkung wird doch wohl dasselbe damit erreicht werden können, wenn sie nur genügend lange gebraucht wird, denn es kommt jedenfalls nur bei verhältnismäfsig wenig Affektionen auf die Gleichzeitigkeit der Intensität und Schnelligkeit hinsichtlich der Wirkung an. Ein weiterer Vorteil der Salbe besteht darin, dafs sie die Haut bedeutend weniger färbt, als die Tinktur, und die wirklich unvermeidliche, geringe Färbung läfst sich zum gröfsten Teil durch Abwaschen entfernen, sobald statt des Fettes das Mollin als Grundlage der Salbe verwendet wird.

Was nun diesen Ersatz des Fettes durch das Mollin anbetrifft, so wird mich wohl der Hinweis auf die oben angeführte Arbeit der Aufgabe entheben, die Gleichwertigkeit der beiden Präparate hinsichtlich der Wirkung der Jodtinktur, sowie die Vorteile, welche für den Patienten mit diesem Tausch verbunden sind, nochmals zu beweisen. Ich glaube mit vollem Rechte sagen zu können, dafs das Jodtinktur-Mollin überall zu verwenden ist, wo die Jodtinktursalbe zulässig erscheint, und daher die letztere in vollem Umfange ersetzen kann.

Die Farbe des Mollinpräparates ist etwas heller, als diejenige der gleichstarken Fettsalbe, und zeigt ein gleichmäfsiges, etwas weifsliches, mattes Gelb. Die Herstellung ist sehr einfach und leicht, da sich die Jodtinktur überaus leicht und innig mit dem Mollin verreiben läfst. Was das Prozentverhältnis zwischen beiden anbetrifft, so unterscheidet es sich nicht im geringsten von dem der Salbe, ja, es läfst sich mit dem Mollin zweifellos eine gröfsere Menge der Jodtinktur mischen, als mit dem Fett. Erwähnt mufs allerdings werden, dafs das Jodtinktur-Mollin nach längerer oder kürzerer Zeit — je nach Umständen — anfängt, sich zu zersetzen, allein dasselbe ist ja auch nicht dazu bestimmt, lange Zeit aufbewahrt zu werden, sondern soll — wie es auch für die entsprechende Fettsalbe vorgeschrieben ist — nur auf Verordnung angefertigt werden, und jedenfalls hält es sich mindestens ebenso lange wie die Salbe.

Die oben angeführte Auswahl von Affektionen, welche den

Gebrauch dieses neuen Präparates zweckmäfsig und vorteilhaft erscheinen lassen, zeigt zugleich, dafs dasselbe keineswegs allein in der Dermatologie Verwendung finden kann, sondern auch für die allgemeine Praxis und nicht weniger für die Chirurgie den gleichen Wert besitzt. Wir dürfen daher wohl im Interesse der Patienten hoffen, dafs diese Mollinverbindung geeignet sein wird, auch aufserhalb unsrer Spezialität die Verwendung der überfetteten, weichen Seife als Salbengrundlage zu verbreiten und der letzteren — also auch dem Mollin — die verdiente Anerkennung zu erwerben. —

Gleichzeitig haben wir, veranlafst durch die allseitigen und durchaus berechtigten Klagen über das jetzige offizinelle Präparat, den Versuch gemacht, das dem Unguentum Kalii jodati sec. Pharm. germ. entsprechende Mollin-Präparat anzufertigen und zwar mit dem gleich günstigen Erfolg, wie bei dem vorhergehenden. Dieses Resultat spricht gewifs für die Richtigkeit und Zweckmäfsigkeit des Vorschlages von UNNA und MIELCK (s. *Monatshefte*. 1886. No. 8. pag. 354, 356), welche für das Ungt. Kalii jodati eine überfettete Kaliseife als Grundlage empfehlen. Dafs dieser Gedanke ein wirklich glücklicher war, erkennt auch Dr. E. MYLIUS (Besitzer der Engelapotheke in Leipzig) an, obgleich er vor kurzem ein Verfahren angegeben hat, eine wirklich gute Jodkaliumsalbe (mit Adeps suillus) darzustellen, welche mindestens 8 Wochen lang weifs bleibt, ohne Entfärbung mit Jod gemischt werden kann, nicht grau wird und eingerieben Jodkalium in den Harn gelangen läfst. [1]

Dem Vorschlag UNNAS und MIELCKS entspricht nun auch unser Präparat, obgleich es vollständig unabhängig von jenem entstanden ist, denn das Mollin war von Anfang an dazu bestimmt, als Salbenvehikel zu dienen, wenn es auch natürlich nicht möglich war, sämtliche, in der Pharmakopöe enthaltene Salben sogleich in der

[1] Sonderabdruck aus der *Pharmaceutischen Centralhalle*. 1886. Nov. 42. Da diese Vorschrift auch für die Dermatologie nicht uninteressant sein dürfte, so mag dieselbe hier Platz finden: „Adeps suillus wird mit der Jodkalium-Lösung gemischt. Die Mischung färbt sich, trotz der Verwendung von selbstbereitetem, reinstem Schweinefett, gelb. Nach einer Stunde wird sie mit genau soviel Natriumthiosulfat, wie zur Entfärbung notwendig ist, und mit 0,05 % Oleum Caryophyllorum versetzt."

ersten Zeit versuchsweise mit dem Mollin anzufertigen. Es ist daher nur Zufall, dafs gerade die Verbindung mit Kalium jodatum erst jetzt ausgeführt worden ist.

Das Mollinum Kalii jodati wird, wie ich hoffe und glaube, den Ansprüchen und Erwartungen, welche mit Recht an ein brauchbares und wirksames Präparat gestellt werden müssen, gewifs entsprechen und es wird sich voraussichtlich um so schneller Freunde erwerben, da die nach der jetzigen Vorschrift der Pharmakopöe hergestellte Salbe nahezu einstimmig als eins der unglücklichsten Präparate und geradezu unbrauchbar erklärt wird. In der That ist die Verwendung des Ungt. Paraffini in diesem Falle als Salbengrundlage völlig verfehlt, da „die mit Vaselin hergestellte Salbe" — wie Mylius treffend hervorhebt[2] — „alle Schattenseiten derselben, namentlich deren mangelhafte Resorbierbarkeit besitzt; sie kann überhaupt nicht gebunden erhalten werden, besteht vielmehr aus einem Öle, welches sich in den Vertiefungen sammelt, einem festen Salbenkörper, wässeriger Lösung von Jodkalium und Kristallen des letzteren, alles feindlich voneinander getrennt." Dafs eine solche Salbe für den therapeutischen Gebrauch nicht zu verwenden ist, wird wohl von niemand geleugnet werden, und es beweist dies auch der seit Einführung der jetzigen Vorschrift stetig abnehmende Verbrauch derselben. Unter diesen Umständen ist es jedenfalls ein sehr zweifelhafter Vorzug des jetzigen Präparates, dafs das nicht selten zugesetzte, freie Jod nicht entfärbt wird, was bei der früheren Salbe zuweilen vorkam, weil — wie Mylius sehr richtig bemerkt[3] — bei dieser Verordnung ein unverständiger Rezeptar geglaubt hatte, auch in diesem Falle (d. h. bei Zusatz von freiem Jod) die damals offizinelle (also einen allzu reichlichen Zusatz von unterschwefligsaurem Natrum enthaltende — Ref.) Salbe nehmen zu müssen.

Alle diese Nachteile werden vermieden durch die Benutzung des Mollins als Grundlage der Jodkalisalbe. Wie die von Unna und Mielck empfohlene Jodkaliumsalbenseife, so bleibt auch das Jodkalium-Mollin in dem Standgefäfs so lange Zeit unverändert,

[2] a. a. O.

[3] In ganz demselben Sinne spricht sich Mielck in dem bereits erwähnten Aufsatz aus.

dafs es unbedenklich vorrätig gehalten werden kann, dagegen tritt bei der Verreibung auf der Haut die Zersetzung ein, welche nötig ist, um die Wirkung überhaupt möglich zu machen. Die Herstellung ist eine ebenso einfache, wie bei allen übrigen Mollinpräparaten — das Quecksilbermollin vielleicht ausgenommen —, da sich die möglichst konzentrierte Jodkaliumlösung aufserordentlich leicht mit dem Mollin vermischen läfst. Auch hinsichtlich der Verreibung des Jodkalium-Mollin auf der Haut gilt begreiflicherweise das bereits früher von dem Mollin und seinen Präparaten Gesagte, da es sich ganz zweifellos eher leichter und angenehmer verreiben läfst, als die Fettsalbe und zwar ohne Zuhilfenahme von Wasser.

Zum Schlufs kann ich mir nicht versagen, meine vollste Übereinstimmung mit der von Mielck über das Lanolin, als Konkurrent der Salbenseife, geäufserten Ansicht auszusprechen. Ich kann nicht leugnen, dafs es mir im stillen eine gewisse Befriedigung gewährte, bei der auf der Tagesordnung stehenden Verherrlichung des Lanolins einmal eine Stimme zu hören, welche nicht ohne weiteres in den allgemeinen Lobgesang einstimmt, sondern die Schattenseiten desselben mit klaren Worten hervorhebt. Ohne die guten und vorteilhaften Eigenschaften zu verkennen oder gar leugnen zu wollen, glaube ich doch nicht, dafs in dem Lanolin — was uns von verschiedenen Seiten wohl gern zur Erkenntnis gebracht würde — das Ideal eines Salbenvehikels erreicht ist, welches alles Andre überflüssig macht. Ich mufs vielmehr offen bekennen, dafs ich nicht im stande gewesen bin, irgend einen erheblichen Vorzug desselben vor der überfetteten, weichen Seife aufzufinden. Selbst die verschiedenen Mitteilungen über das Lanolin in diesen Heften haben mich nicht von der Unrichtigkeit dieser Ansicht überzeugen können. Sollte es aber auch gewisse Vorzüge vor dem Mollin oder der Salbenseife besitzen, so würden dadurch andre Salbengrundlagen gewifs noch lange nicht überflüssig gemacht, vielmehr würde es dann unsre Aufgabe sein, definitiv festzustellen, unter welchen Verhältnissen die vorteilhaften Eigenschaften jedes einzelnen Vehikels in vollstem Umfange und mit gröfster Sicherheit zum Vorschein kommen, d. h. wann und wo jedes derselben, als den andern überlegen, vorzuziehen ist. —

Die neueste Form meines Suspensoriums.

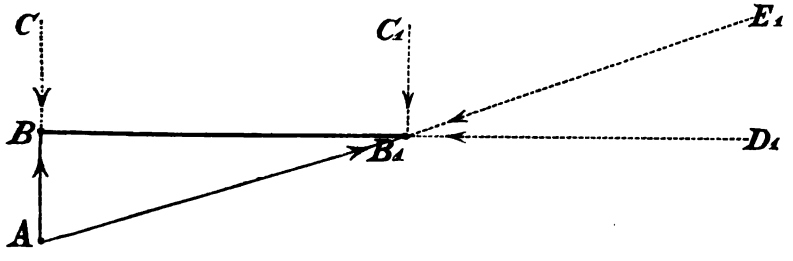
Von

P. G. Unna.

Im Anschlusse an den Artikel von Ihle im vorigen Heft sei es mir gestattet, auch der Verbesserungen zu gedenken, welche die bei Gelegenheit eines kritischen Referats über Suspensorien von mir vorgeschlagene Form seither durch die Praxis erhalten hat.

Die Idee, welche mein Suspensorium von allen übrigen, bei denen Gürtel und Beutel getrennt waren, wesentlich unterschied, war die Umwandlung der rein senkrechten Hebung des Beutels in eine schräg nach oben und hinten gerichtete. Durch diese Veränderung wurde eine bei weitem wirksamere Suspension der Hoden erreicht. Denn eine senkrechte Hebung des Beutels hatte stets zur Folge gehabt, dafs der Gürtel bei straffem Anziehen dem Beutel entgegen nach unten gezogen wurde. Somit war die maximale Hebung des Beutels bald erreicht und sie verringerte sich während des Gebrauches durch Lockerung des Gürtels noch soweit, dafs sie überhaupt als ziemlich illusorisch betrachtet werden mufste.

In der folgenden Figur bedeute A einen zu hebenden Punkt des vorderen Beutelrandes, B den Punkt des Gürtels an welchem das bei A angreifende, vordere Aufhängeband befestigt ist.



Figurenerklärung.

BB1 = Gürtel.
A = Suspensoriumecke.
——— = Aufziehende Kräfte.
..... = Gegenzugs-Kräfte.

In den früheren Suspensorien wurde, wenn A mit einer Kraft $= AB$ gehoben wurde, B mit einem Gegenzug CB $(= AB)$ nach unten gezogen. Lassen wir jetzt A nach B_1, statt nach B hin aufziehen, so können wir den dann in B stattfindenden Gegenzug zerlegen in eine Komponente C_1B_1, die senkrecht nach unten, und eine Komponente D_1B_1, die wagerecht nach vorne zieht. Um den Punkt B_1 des Gürtels um so viel nach abwärts zu ziehen, wie den Punkt B, bedarf es jetzt nicht mehr eines Gegenzugs C_1B_1 $(= CB)$, sondern eines gröfseren Gegenzugs E_1B_1 $(= AB_1)$, der Resultante aus D_1B_1 und C_1B_1.

Auf unser Suspensorium angewandt heifst das: Je weiter nach rückwärts wir den Angriffspunkt B (B_1) am Gürtel verlegen, von dem aus A gehoben wird, mit desto gröfserer Kraft kann A gehoben und fixiert werden, ohne einen stärkeren Gegenzug am Aufhängepunkte (Komponente C_1B_1) senkrecht nach unten zu veranlassen. Die andre Komponente D_1B_1 würde schon vollkommen durch die entgegengesetzt gerichtete wagerechte Komponente des anderseitigen Aufhängebandes aufgehoben, wenn sie nicht überdies durch die Reibung des Gürtels, den sie zu drehen sucht, annulliert würde.

Wir werden mithin den Beutel um so sicherer heben und um so stärker anziehen dürfen, ohne den Gürtel zugleich stärker herabzuziehen, je länger wir das Band (AB) wählen und je weiter nach rückwärts (in der Richtung BB_1) wir es am Gürtel befestigen.

Man wird also zweckmäfsiger Weise bei allen aus Gürtel und Beutel bestehenden Suspensorien die vorderen Aufhängebänder des Beutels hinten nahe der Mittellinie am Gürtel befestigen, ein Prinzip, welches man unbewufst — nämlich in der That der Bequemlichkeit des Patienten wegen — bei der vorderen Aufknüpfung der hinteren Bänder, der sog. Schenkelriemen, bereits stets befolgt hat.

So würde sich die Sache genau verhalten, wenn der Rumpf ein glatter Cylinder wäre. Aber bei der von mir vorgeschlagenen Lagerung der vorderen Bänder kommt in praxi noch ein zweiter, neuer Faktor in Betracht. Bei ihrem Wege von der Inguinalfalte bis zum mittleren Teile des Rückgrats legen sich diese vor-

deren Aufhängebänder in die bei Tieren als Weiche bezeichnete Körperrinne und ruhen in einem grofsen Teile ihres Verlaufs auf den Darmbeinkämmen. Dadurch wird auch C_1B_1, die zweite Komponente des Gegenzuges, die bei einem glatten Cylinder noch bestehen bleiben würde, ebenfalls nahezu aufgehoben.

Der Punkt B_1 nahe der hinteren Mittellinie des Gürtels kann somit für eine von A her wirkende Kraft als ein absolut fixierter Punkt betrachtet werden (im Gegensatz zum Punkt B nahe der vorderen Mittellinie des Gürtels).

Für die vordere Aufknüpfung der hinteren Bänder kommt von diesen beiden Faktoren nur der erste in Betracht — die Vergröfserung der anwendbaren Gesamtkraft durch Aufhebung der wagerechten Zugkomponente —, da diese Bänder keinen weiteren Stützpunkt finden. Folglich ziehen diese mit einem Teile ihrer Kraft allerdings den Gürtel vorn nach abwärts.

Es ist nach dem Gesagten wohl klar, dafs für alle Suspensorien, welche eine thatsächliche Hebung der Hoden bezwecken, die angegebene Lage der vorderen Aufhängebänder in der natürlichen Rinne der Inguinalfalten und der „Weiche“ oberhalb der Darmbeinkämme als eine rationelle Verbesserung anzusehen ist, die sich gewifs allmählich einbürgern wird, wie sie von Ihle in der That schon angenommen worden ist.

Wenn diese Disposition der Bänder nun schon bei unelastischer Beschaffenheit derselben stets vorzuziehen ist, so wird sie, wo die Bänder aus elastischem Stoffe bestehen, zur Notwendigkeit.

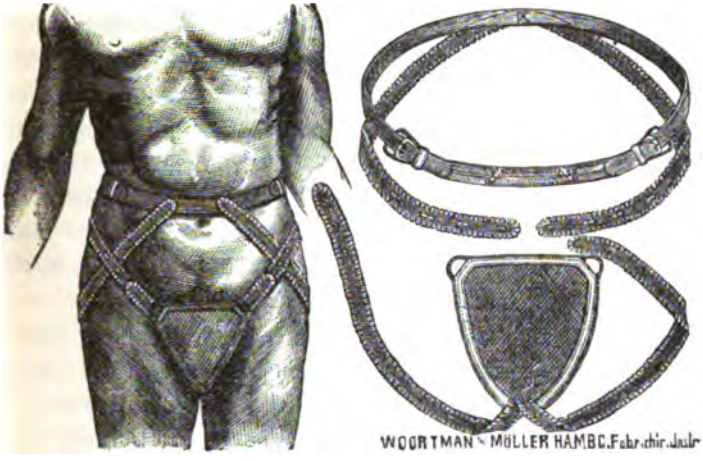
Denn die Vorteile der Elastizität derselben — eine gleichmäfsige, mittlere Anspannung in allen Körperstellungen gegenüber einem mit den Bewegungen der Glieder eintretenden Wechsel von übermäfsiger Anspannung und Erschlaffung — werden nur bei sehr langen elastischen Bändern gehörig ausgenutzt. Die Elastizität kurzer, elastischer Bänder ist bei starkem Anziehen bald verbraucht; dieselben wirken dann weiterhin nur noch als unelastische und nutzen sich bei der fortwährend maximalen Anspannung ihrer Elastizität sehr bald ab. Je länger die

elastischen Bänder sind, ein desto geringerer Anteil der ganzen Elastizität wird für gewöhnlich in Anspruch genommen, desto schwächer ist der elastische Druck, den die zirkulär verlaufenden Bänder auf ihre Unterlage ausüben, desto besser werden sie mithin ertragen und desto weniger nutzen sie sich ab.

Bei der Bestimmung der Länge der hinteren Bänder (sog. Schenkelriemen) kann die Wahl zwischen mäfsig langen und möglichst langen allerdings schwanken. Wie wir oben sahen, fehlt bei ihnen die Unterstützung durch die Darmbeinkämme, und sie ziehen daher den Bauchgurt mit einem Teil ihrer Kraft nach unten. Man könnte vielleicht diesen schädlichen Anteil auch noch aufzuheben versuchen, wenn man die von hinten über die Glutäen nach vorn oben aufsteigenden Bänder nicht vorn nahe der Mittellinie, sondern seitlich oberhalb der spina ischii ant. sup. befestigte. Ich habe jedoch bei meinem Suspensorium auch den hinteren Bändern neben der Elastizität möglichste Länge gegeben, um bei den hier besonders grofsen Schwankungen in der Entfernung der beiden Befestigungspunkte (beim Gehen und Sitzen) für den Träger Sicherheit straffer Suspension mit möglichster Annehmlichkeit, zu vereinigen. Lediglich aus diesem Grunde bin ich für die hinteren Bänder bei der Aufknüpfung nahe der vorderen Mittellinie geblieben, so dafs sich die vorderen und hinteren Bänder jederseits etwa in der Axillarlinie kreuzen.

Ich nenne diese Art der Befestigung der Bänder das Prinzip der Bänderkreuzung. Bei der Ausführung desselben stellte es sich als eine lästige Zugabe für den Patienten heraus, dafs er bei Injektionen und beim Urinieren die nicht notwendige, aber eventuell doch erwünschte Lösung des vorderen Bandes hinten am Rücken vornehmen mufste. Diesem Konstruktionsmangel wurde leicht abgeholfen, indem das Band AB_1 hinten bei B_1 angenäht wurde, so dafs der Patient es vorn bei A lösen konnte. Von nun an werden also die vorderen Bänder definitiv mit dem Gürtel vereinigt (s. Fig. 2), während die hinteren am Beutel verbleiben.

Die theoretisch konstruierte Form des Beutels als einer Leiter von dreieckiger Gestalt, mit der Spitze am Damme liegend, deren Sprossen aus Gummibändern bestanden, habe ich in praxi wieder verlassen zu gunsten eines Zeugdreiecks von elastisch gewebtem, siebartig durchbrochenem Trikotstoff, weil bei jenen trotz der Watteeinlage häufig Teile des Skrotums oder der Penis hindurchrutschten. Die Grundidee jedoch, Penis und Skrotum (in etwas Watte gehüllt) zusammen zu suspendieren, halte ich beim Tripper nach wie vor für das richtige Prinzip — im Gegensatz zu den der gewöhnlichen Suspensorien, welche nur den Hoden-



sack umhüllen und dem Penis die ungewohnte und unzweckmäfsige Lage nach vorne aufzwingen. Ich will hier die Vorteile jener Art der Suspension noch einmal kurz zusammenfassen.

1. Der Penis behält die gewohnte, seitliche Lage (meist nach links). Er wird bei der ohnehin bestehenden Neigung zu Erektionen nicht unnötigen Reizungen durch die Bekleidung ausgesetzt.
2. Die Methode garantiert vollkommene Reinlichkeit. Ein kleiner, oft (beim Injizieren, Urinieren) gewechselter Wattepfroff liegt zwischen Vorhaut und Eichel. Ein gröfserer Wattebausch umfängt das Glied. Leib- und Bettwäsche werden nicht verunreinigt.

3. Das Glied kann auf die einfachste Weise ambulant mitbehandelt werden.

Es ist bei grofser vaso- muskulomotorischer Reizbarkeit des Gliedes beim Tripper sehr häufig von Nutzen, dasselbe permanent mit einem feuchten Umschlage von:

Aq. carbolicae (5 %)
Aq. plumbi aa

bedeckt zu erhalten. Bei meinem Suspensorium geschieht das auf folgende, einfache Weise. In den Beutel kommt zunächst ein über handgrofses Stück Guttapercha- oder Gummistoff. Glied und Skrotum werden dicker als gewöhnlich mit Watte bedeckt, das Suspensorium wird fest angelegt und die wasserdichte Einlage seitlich hervorgezogen, so dafs sie die Watte überall gut umschliefst. Nun träufelt man direkt aus der Flasche von oben in das Suspensorium hinein soviel von obiger Mischung auf die Watte, bis der Patient Kälte und Feuchtigkeit am Damme anlangen fühlt. Bei jedesmaligem Lösen des Suspensoriums (Urinieren, Injizieren) tropft derselbe nach dem Wiederanlegen der Bandage wieder eine kleine Quantität obiger Mischung auf die allmählich trocken werdende Watte.

Diese permanent feuchten Blei-Karbol-Umschläge halte ich bei allen hier vorkommenden Reizungszuständen, die ambulant behandelt werden sollen, für besser als die gewöhnlich gegebenen Narcotica, für unersetzlich aber geradezu bei periurethralem Abscefs, Chorda und nach kleinen Operationen an der Vorhaut, wenn die Nachbehandlung ambulant geleitet wird. Es ist klar, dafs in diesen Fällen auch die erhöhte und geschützte Lage des Penis innerhalb meines Suspensoriums zu wohlthätiger Wirkung kommt.

Im Gegensatz zum gewöhnlichen Prinzip der isolierten Hebung des Skrotums nenne ich das bei meinem Suspensorium befolgte das Prinzip der Totalsuspension der Genitalien.

Statt des Beutels hat mein Suspensorium nach wie vor eine einfache Zeugplatte, die etwas elastisch nachgibt und zusammen mit der Watteeinlage das Skrotum gut umschliefst. Eine Einschnürung dieser Zeugplatte am Rande zur Beutelform würde für die Anspannung derselben nach oben und nach den Seiten

hin nur ein unnützes Hindernis abgeben, da sie der letzteren gerade entgegenwirkt. Der Druck und Zug auf die Hoden wird besser von einer elastischen Platte ausgeübt, in die sich der Hodensack hineindrängt, als von einem Sacke oder Beutel.

Konzentrische Kompression des Hodensacks und maximale Suspension desselben sind eben zwei Dinge, denen ein und dieselbe Bandage nie wird genügen können. Ich gebe hier die erstere[1] auf zu gunsten der zweiten. Die Art und Weise, wie die letztere bei meinem Suspensorium bewerkstelligt wird, möge — im Gegensatz zur gewöhnlichen Suspension im Beutel — das Prinzip der flachen Suspension des Hodensacks genannt werden.

Ihle folgend lasse ich einen Teil meines Gürtels jetzt unelastisch machen. Ich habe dazu die vordere Hälfte gewählt und diese sogar polstern lassen, um den hier aufgeknüpften hinteren Bändern besseren Halt zu geben. Die hintere Hälfte des Gürtels dagegen ist nach wie vor elastisch.

Die vorderen Bänder werden an den oberen, seitlichen Zipfeln der Tragplatte der Genitalien so befestigt, dafs sie durch eine daselbst befestigte Öse aus einer runden starken Schnur gezogen und auf sich selbst zurückgehakt werden. Beim Hervorziehen der Genitalien braucht dann das Ende des linken Bandes nicht ganz frei gemacht, sondern nur gelockert zu werden. Durch festes Anziehen desselben wird hernach das Suspensorium wieder fixiert.

Die stechenden Schnallen des Gürtels habe ich — auch nach dem Vorgange von Ihle — durch Druckschnallen ersetzen lassen. Vielleicht wären auch an den Bändern kleine Druckschnallen den Haken und Ösen vorzuziehen.

Analog den letzteren Verbesserungen werden sich im Laufe der Zeit wohl noch manche andre kleine Modifikationen mit Vorteil anbringen lassen. Die vier Hauptmomente jedoch, welche mein Suspensorium charakterisieren, und die ich definitiv beibehalten werde, da ich mich durch theoretische Erwägungen

[1] Dieselbe kann natürlich in meinem Suspensorium nebenher leicht bewirkt werden durch Pflastereinwickelung der Hoden, Bepinselung mit Zinkleim, mit einem Gemisch von ölsaurem Blei und Kollodium u. s. w.

von ihrer Richtigkeit überzeugte und sie in der Folge sich praktisch vorzüglich bewähren sah, sind:

1. die Trennung des Suspensoriums in Gürtel und Tragplatte,
2. das Prinzip der Bänderkreuzung,
3. das Prinzip der Totalsuspension der Genitalien,
4. der Ersatz des Beutels durch eine Tragplatte.

Referate.

H. Thomson. **Über die Beeinflussung der peripheren Gefäße durch pharmakologische Agenzien.** Inaugural-Dissertation. Dorpat 1886.

Unter Koberts Leitung und nach der von diesem Autor bereits mit Erfolg benutzten Methode der Durchströmung überlebender Gewebe (abgetrennter Nieren, Milz, Füße von Rindern und Kälbern, ganzer Frösche, eines ganzen Ferkels) mit Blut und Mischungen von Blut mit den verschiedensten Medikamenten hat Thomson eine sehr dankenswerte Untersuchungsreihe ausgeführt. Die durchströmten Organe, in welche durch die Arterien das Blut eingeleitet wird, zeigen nach einiger Zeit eine konstante Ausflußgeschwindigkeit des Blutes aus den Venen. Die letztere bleibt sich nun gleich oder verändert sich bei Durchleitung weiterer, mit den Medikamenten versetzter Blutmengen, je nachdem sich der Querschnitt des durchströmten Gefäßgebietes gleich bleibt oder unter dem Einflusse der Medikamente ändert. Es versteht sich von selbst, daß die positiven und konstanten Resultate bei dieser Versuchsanordnung, die „überlebendes" Gewebe benutzt, einen andren Wert besitzen als negative. Jene sind aber gerade für die Dermatologie ihrerseits recht interessant und vielleicht direkter zu verwerten als anderswo. Th. fand, daß die Natronsalze fast aller organischen Säuren, wie Ameisensäure, Essigsäure, Milchsäure, Buttersäure, Baldriansäure gefäßerweiternd wirken, ebenso Natrium tannicum, die Calcium- und Magnesiumsalze, Chlornatrium, Chlorkalium, besonders aber der Salmiak, sodann von den Alkaloiden der Tropeinreihe: Atropin, Hyoscyamin und Hyoscin, von den Metallen Antimon, und ferner Chloralhydrat, Paraldehyd, Baldrianöl, Nitrobenzol, Glycerin. Anderseits wirkten Baryum-, Strontium- und Kupfersalze stark verengernd. Besonders beachtenswert ist, daß mehrere Medikamente auf das Gefäßsystem bestimmter Organe spezifische Einflüsse besitzen: so verengern Chinin und Salicin die Milzgefäße, erweitern die Gefäße der übrigen Organe; Digitalin und Digitoxin erweitern die Nierengefäße, während die Stoffe der Digitalisgruppe sonst die Gefäße im allgemeinen stark verengern; Harnstoff, Asparagin und Alanin erweitern die Gefäße der Niere, aber nicht die der andern Organe. Unter

den indifferenten Stoffen heben wir Antipyrin, Resorcin und Eisen hervor. — Hieraus allein ergeben sich bereits einige Indikationen für die Dermatotherapie. Besonders würde der Salmiak, Extr. Hyoscyami, Chloralhydrat mehr als bisher zur Erweiterung der Gefäfse, zum Zwecke stärkerer Hyperämisierung heranzuziehen, Kupfer- und Baryumsalze umgekehrt zur Erzeugung partieller Anämie zu versuchen sein. Die Anwendung der organischen Säuren, der Kalk- und Magnesiumsalze, des Glycerins wird durch diese Experimente vielleicht eine rationelle Erweiterung erfahren.

Das indifferente Verhalten des Resorcins bei seinen Durchströmungsversuchen veranlafst Thomson, meine Behauptung zurückzuweisen, dafs das Resorcin bei äufserer Applikation einen nachhaltig verengernden Einfluſs auf dilatierte Blutgefäfse besitze. Diese Bemerkung würde wohl unterblieben sein, wenn der Autor sich einen Augenblick klar gemacht hätte, dafs wir beide das Resorcin auf ganz verschiedene Dinge in ganz verschiedener Weise angewandt haben. Ich habe behauptet, dafs das Resorcin auf pathologisch erweiterte Gefäfsbezirke, speziell bei Rosacea, Erysipelas, Lupus, eine hochgradig und nachhaltig verengernde Wirkung ausübt (ebenso Ichthyol); ich habe vor Jahren (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1883. No. 35) dasselbe vom H_2S und Zucker für die dilatierten Gefäfse übermäfsig gewucherter Granulationen ausgesprochen, und diese elementaren Beobachtungen sind klinisch von den verschiedensten Beobachtern bestätigt worden; ich selbst habe im verflossenen Jahre speziell in bezug auf Resorcin ein noch viel bedeutenderes Material gesammelt, als mir damals vorlag, welches ohne Ausnahme die obigen Sätze bestätigt. Wir Dermatologen sind ja in der glücklichen Lage, die Verkleinerung der Blutgefäfse und die Verminderung des Blutgehalts zu **sehen.** Es berührt daher einigermafsen seltsam, wenn mir Thomson vorwirft, „ich habe diese Annahme (?) nicht näher begründet.“ Was verlangt denn Thomson noch mehr als das Zeugnis des eignen Auges? Und dabei habe ich ausdrücklich davor gewarnt, bei dieser Verengerung an die neuromuskuläre, meist bald vorübergehende Verengerung der Blutgefäfse denken zu wollen, mit welcher es Th. bei seinen Versuchen zunächst lediglich und in den meisten Fällen wohl auch überhaupt allein zu thun hat. Wenn es Th. wirklich daran gelegen hätte, meinen beobachteten, klinischen Thatsachen (nicht Annahmen) eine pharmakologische Nachuntersuchung angedeihen zu lassen, hätte er zunächst denselben Weg gehen und an den zu durchströmenden Rinderpfoten in vivo z. B. Wunden setzen müssen, die beim Tode des Tieres üppig granulierten, um dann von aufsen durch eigne Inspektion sich von dem Verhalten der dilatierten Blutgefäfse zu überzeugen. Und wenn dann das klinische Experiment am lebenden Menschen mit dem Tierexperiment am überlebenden Organe nicht stimmen würde, bliebe trotzdem wohl das erstere in den Augen jedes Arztes das besser fundierte. Aufserdem kommt noch hinzu, dafs ich bei obigen Affektionen gerade das Resorcin nicht, wohl aber das Ichthyol innerlich verordnet, auf den Weg der Blutbahn geschickt habe. Bei der grofsen Summe von

versuchten Stoffen hätte Th. besser gethan, das Ichthyol, die Sphacelinsäure und das Pyrogallol statt des Resorcins zu versuchen, wir hätten jedenfalls mehr dabei lernen können. Denn das Ichthyol ist eines der wirksamsten innern, die peripherische Zirkulation beeinflussenden Mittel, das Pyrogallol vielleicht das wichtigste Stillungsmittel innerer Blutungen, das wir besitzen. Diese Aufgaben möchten wir dem Autor für eventuelle Fortsetzungen seiner Versuche ans Herz legen, denn in der That ist es ja auch für uns von grofsem Interesse, zu wissen, wie die Medikamente, mit denen wir täglich — wenn wir nur wollen — die kontrollierbarsten, sichersten und konstantesten Wirkungen auf der Haut erzeugen, von der Gefäfswand aus und auf die Gefäfswand wirken. Beide Reihen von Thatsachen sollen sich ergänzen und jede nach ihrem Werte geschätzt werden, aber nicht die eine dazu dienen, um die andre zu verdächtigen. Wäre eine solche Schlufsfolgerung überhaupt erlaubt, so würde für jeden unbefangenen Naturforscher die ganze pharmakologische Deduktion, weil an überlebenden Organen angestellt und nur indirekt an der ausgeflossenen Blutmenge beobachtet, gegenüber der direkten Beobachtung am lebenden Menschen hinfällig. Thomson hat aber am allerwenigsten Veranlassung, eine solche — für uns unlogische — Gegenüberstellung der Resultate zu wünschen, da er uns ja sogar spezifische Differenzen zwischen den überlebenden Gefäfsen der Milz, Niere und der Füfse bei Tieren nachweist. Nicht einmal diese Gefäfsbezirke sind pharmakologisch gleichwertig, und dann sollen es die überlebenden Gefäfse bestimmter gesunder Tierorgane eo ipso mit den lebendigen, pathologisch erweiterten der gesamten menschlichen Haut sein? Ich habe diesen Punkt einmal ausführlicher zur Sprache bringen zu müssen geglaubt, um besonders die jüngeren, physiologisch trefflich geschulten, aber praktisch ärztlich wenig erfahrenen Pharmakologen darauf aufmerksam zu machen, dafs sie gerade den Thatsachen der Dermatotherapie gegenüber die Unbedingtheit ihrer am Tiere unter bestimmten Verhältnissen gewonnenen Resultate nur sehr vorsichtig geltend machen sollten. Denn hier tritt ihnen nicht eine unendlich komplizierte Wirkung, wie die der Digitalis aufs Herz, entgegen, deren einzelne Komponenten der Arzt selten am Krankenbette zu zergliedern im stande ist, sondern es handelt sich da meistens um elementare Phänomene, die jeder gute Beobachter mit freiem Auge und unter künstlich beliebig variierten Bedingungen täglich zu studieren Gelegenheit hat. Hier liegt vielmehr für die Pharmakologie einer der wenigen festen Punkte, von denen sie bei ihren experimentellen Versuchen ausgehen sollte. Wenn Thomson je die geradezu erstaunliche Wirkung eines Resorcin-Pflastermulls auf eine unkomplizierte Rosacea vor Augen gehabt hätte, so würden vielleicht seine Durchströmungsversuche eine neue Richtung erhalten und ganz neue Resultate zu verzeichnen haben.

Unna.

Flügge. **Die Mikroorganismen.** Mit besonderer Berücksichtigung der Infections-Krankheiten. Zweite Auflage der „Fermente und Mikroparasiten". Leipzig, F. C. W. Vogel. 1886.

Baumgarten. **Lehrbuch der pathologischen Mykologie.** Vorlesungen für Ärzte und Studirende. Erste Hälfte. Braunschweig, Harald Bruhn. 1886.

Das Flüggesche Buch, wie es in vollständig umgearbeiteter Gestalt vor uns tritt, begrüfsen wir als das dankenswerteste und nützlichste aller Kompendien der Bakteriologie, welche bisher erschienen sind. Es ist für jeden Arzt, welcher, mit den Kochschen Untersuchungsmethoden vertraut, selbständige bakteriologische Untersuchungen vornimmt, geradezu unentbehrlich, da hier zum ersten mal auch eine Charakteristik jener vielen, bisher nie genauer beschriebenen Saprophyten gegeben ist, welche als gewöhnliche oder seltenere Verunreinigungen der Kulturen auftreten. Flügge hat sich, indem er sie in detaillierter Weise beschreibt und ihnen vorläufige Benennung zu teil werden läfst, besonders den Dank aller aufserhalb der hygieinischen Institute arbeitenden Forscher erworben, welche sonst die botanische Kenntnis dieses Ballastes pathologischer Untersuchungen mit allzu grofsen Opfern erkaufen müfsten. Die Identifizierung dieser vielen neuen Formen wird überdies noch sehr erleichtert durch einen den betreffenden Kapiteln beigegebenen „Schlüssel" zur Bestimmung der Mikrokokken-, Bacillen- und Spirillenarten, eine sehr praktische Form der Zusammenstellung, welche sich — bis zu einer dereinstigen wissenschaftlichen Klassifikation der Mikroorganismen — mehr als jede andre empfehlen dürfte. Nach einer übersichtlichen, wenn auch nicht vollständigen Litteraturangabe finden wir einen kurzen historischen Überblick der Entwickelung der Keimtheorie. Als Hauptteil des Buches folgt sodann die sehr genaue systematische Beschreibung der Mikrobien, weiter die Schilderung ihrer Lebensbedingungen und Lebensäufserungen (Fermente, Ptomaine, Gärungen) und ihrer Absterbebedingungen. Hieran schliefsen sich die Kapitel über das Vorkommen und die Verbreitungsweise der niederen Organismen, über die individuelle, örtliche und zeitliche Disposition und Immunität, über die Schutzimpfungen und andre prophylaktische Mafsregeln. Ein knapper Umrifs der Bakteriotechnik schliefst den äufserst inhaltreichen, mit sehr vielen und guten, nicht farbigen Abbildungen ausgestatteten Band.

Eine vorzügliche Ergänzung zu dem soeben besprochenen Lehrbuche bilden die höchst anziehend geschriebenen Vorlesungen Baumgartens. Wie jenes dem Bakteriologen, so sind diese dem sich für die Bakteriologie interessierenden Pathologen und Arzte unentbehrlich; er findet hier eine dem heutigen Stande und dem besonderen Standpunkte des Verfassers entsprechende Bearbeitung der bakteriologischen Thatsachen für die speziellen Zwecke der Pathologie, eine „pathologische Mykologie" — wie Baumgarten sagt, indem er dafür plaidiert, diesen jüngsten und wichtigsten Zweig der hygieinischen Forschung in die pathologische Anatomie als ein wichtiges Kapitel derselben aufzunehmen. Indem wir die Idee Baumgartens über

das Verhältnis der Bakteriologie zur pathologischen Anatomie vollständig teilen, hätten wir das Kapitel selbst lieber das der „Mykopathologie" als der „pathologischen Mykologie" benennen sehen, ein Begriff, der selbst pathologisch affiziert und der Therapie bedürftig erscheint, wenn er auch auf dem nun einmal eingebürgerten der „pathologischen Anatomie" per analogiam aufgebaut ist. Auch BAUMGARTEN beginnt mit dem kritischen Rückblick auf die Entwickelung der Keimlehre und schliefst daran eine allgemeine Charakteristik der morphologischen und biologischen Eigenschaften der speziell pathoforen[1] Mikroorganismen (Pilze, Bakterien, Mycetozoën, Flagellaten und Protozoën). Es folgt hierauf das interessanteste Kapitel über die Wege und Formen der Infektion, über Prädisposition und Immunität, hereditäre Übertragung, über das Wesen des krankmachenden Einflusses der Mikroorganismen, der Prophylaxe und Therapie. Ganz besonders empfehlen wir allen Kollegen die sehr beherzigenswerte Kritik der METSCHNIKOFFschen Phagocytentheorie, die in so klarer Weise noch nirgends entwickelt wurde. Eine spätere Zeit wird in der That mit Verwunderung wahrnehmen, wie diese an und für sich ja recht interessanten, aber doch sehr spärlichen und zum Teil weit abliegenden Beobachtungen eines Gelehrten von der sich ihrer Nüchternheit rühmenden Generation bakteriologischer Forscher ins mafslose verallgemeinert wurden, und es beweist dieser Fall wieder einmal schlagend, dafs auch die Epoche strengster Methodik in einer Wissenschaft ihr — noch so kleines — Steckenpferd aufzuweisen hat, auf welchem sie der verfehmten Phantasie mit um so gröfserer Freude die Zügel schiefsen läfst. Es ist ein besonderes Verdienst BAUMGARTENS, gegen die METSCHNIKOFFsche Lehre in ihrer Allgemeinheit strenge Front gemacht zu haben, und kein unbefangener Leser wird diesen Abschnitt ohne Genugthuung und Förderung aus der Hand legen. Es folgt dann noch die Besprechung der Artfestigkeit und Klassifikation der Bakterien, der Methoden ihres mikroskopischen Nachweises und ihrer Kulturen, endlich die Erörterung der Infektions- und Desinfektionsversuche. Hiermit schliefst der erste Teil von BAUMGARTENS Mykopathologie. Trotz des Vergnügens, welche uns die Lektüre desselben verschafft, sehen wir mit noch gröfserer Spannung dem Erscheinen des zweiten Teiles entgegen, welcher der speziellen Mykopathologie gewidmet ist und geradezu ein schon längere Zeit empfundenes Bedürfnis für jeden gebildeten Arzt zu erfüllen berufen sein dürfte.

UNNA.

Über Syphilis hereditaria tarda, von Prof. WOLFF in Strafsburg. (*Volkmanns klinische Vorträge*. Nr. 273.)

[1] Möchte doch der Autor den kurzen, griechisch richtig gebildeten Ausdruck „pathofor" anstatt des falsch gebildeten pathogen noch zur rechten Stunde in die Pathologie einbürgern.

An der Hand von 8 beobachteten Fällen erörtert der Verfasser das Wesen der Krankheit. Die Diagnose kann gestellt werden, wenn die Anamnese der Eltern und Geschwister oder die Anamnese des Patienten selbst Positives ergibt. Sehr wichtig erscheint die Polyletalität der Nachkommenschaft bei syphilitischen Gatten. Auf gleicher Stufe steht die Häufigkeit des Abortus in syphilitischen Familien. Die Krankheit kommt in jedem Alter vor. In den bis jetzt veröffentlichten Fällen schwankt die Zahreszahl der Pat. zwischen 4 und 65 Jahren. Die häufigste Zeit für den Ausbruch ist vom 13. bis zum 26. Lebensjahre. Die Entwickelung der Patienten ist eine sehr mangelhafte. Von der Hutchinsonschen Triade wird am gewöhnlichsten interstitielle Keratitis beobachtet; syphilitische Taubheit hat Wolff noch nicht gesehen; halbmondförmig ausgebröckelte Schneidezähne sieht man zuweilen, aber nicht immer. Die S. h. t. zeigt sich immer unter der Form von vorgerückten Syphiliden. Sämtliche Organe und Systeme können erkranken, doch werden auch manche mit Vorliebe ergriffen, nämlich die Knochen, die Nasenrachenhöhle, der weiche und harte Gaumen. Die Prognose ist eine sehr schlechte; das schliefst nicht aus, dafs einzelne Fälle einen recht guten Verlauf nehmen; so ist unter Wolffs Krankengeschichten ein Fall, in welchem sogar eine Reinfektion stattgefunden hat. Gegen die Existenz der S. h. t. wird als Hauptargument angeführt, dafs eine so lange Latenzperiode nicht denkbar wäre: und doch sehen wir bei der acquirierten Syphilis die Latenzperiode bis zum Ausbruch derjenigen Erscheinungen, welche der S. h. t. entsprechen, ebenfalls 10, 20 und 30 Jahre dauern. Sobald die Diagnose sicher ist, mufs sofort mit einer energischen antisyphilitischen Behandlung begonnen werden. Zuerst Schmierkur, nachher aufserdem Jodkali in grofsen Dosen. Man hat bis 32 g Jodkali pro die gegeben, ohne dafs Jodismus eintrat. Handelt es sich um Affektionen, welche ev. auch skrofulös oder tuberkulös sein könnten, so mufs man bedenken, dafs Hg und Jodkali auf solche Patienten eine sehr ungünstige Wirkung ausüben. Man versucht dann zunächst, ob Sublimatlösungen oder -salben lokal angewandt eine Wirkung zeigen.

Altona. Appel.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Über Tuberkulose des männlichen Genitalapparats, von Dr. M. Simmonds. Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu Hamburg am 20. Okt. 1885. (*Deutsches Archiv f. kl. Medicin.*) Dr. Simmonds hat die Tuberkulose der männlichen Genitalien an 60 Patienten in den letzten Jahren studieren können. Zur Untersuchung auf Bacillen bediente er sich der Methode von Neelsen. In einer Lösung von Fuchsin 1, Alkohol 10, 5%ige Karbolsäure 100 bleiben die Schnitte 24 Stdn. liegen. Dann kommen sie in eine Schwefelsäurelösung 1 : 4 und in Alkohol je 1—2 Minuten, bis nur noch

Spuren von Farbstoff sichtbar sind. Zur Unterfärbung kommen die Schnitte 1 Minute in wässerige Methylenblaulösung, dann wieder in Alkohol, Zedernöl, Balsam. Bei den Genitalorganen kommen Nebenhoden, Hoden, vas deferens, tunica vaginalis, Samenbläschen, Prostata und deren Ausführungsgänge in Betracht. Am häufigsten ist der Nebenhoden der Ausgangspunkt. Sehr oft ist das Ende Menningitis tuberculosa. Der uropoëtische Apparat wird, wie aus SIMMONDS Sektionsbefunden hervorgeht, sekundär ergriffen. Die Lokalisierung der Tuberkulose in den Genitalien tritt bei bereits tuberkulösen oder hereditär belasteten Individuen bei Gelegenheit irgend einer auf die Genitalien wirkenden Schädlichkeit, sei es einer gonorhoischen oder andersartigen Entzündung, sei es eines Trauma, auf. Die Prognose ist ohne Operation eine schlechte. Bei Erwachsenen muſs so früh wie möglich kastriert werden. Bei Kindern erfolgen manchmal spontan oder nach geringeren Eingriffen Heilungen.

Mitteilungen über das Ichthyol, von Dr. ACKERMANN, Weimar. (*Correspondenzblätter des Allg. ärztl. Vereins zu Thüringen.* 1885. No. 8.) Den bereits bekannten Vorzügen des Ichthyols bei Gelenkrheumatismus und Hautentzündungen wird eine Auffrischung zu teil durch die Mitteilung zweier Krankengeschichten von Patienten, bei denen die Wirkung des Ichthyols geradezu eine wunderbare war. Der erste Patient war $2^1/_2$ Jahre lang ohne jeden Erfolg äuſserlich und innerlich mit allen gebräuchlichen Medikamenten wegen chronischem Gelenkrheumatismus behandelt worden. Nach einmaliger vom Arzte selbst vorgenommener Einreibung der Haut über den erkrankten Gelenken mit 25%iger Ichthyosalbe waren die unerträglichen Gelenkschmerzen mit einem Schlage verschwunden. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Patientin, welche sich beim Spicken eines verdorbenen Rehbratens eine erysipelatöse Enzündung der Hand zugezogen hatte. 8 Tage lang wurde energisch Suspension und Eis angewandt, aber ohne Erfolg. Eine einmalige Einreibung mit 25%iger Ichthyosalbe hatte wieder den überraschenden Erfolg, daſs bereits nach wenigen Stunden die Schmerzen völlig cessierten. Die ichthyolisierte Haut hatte sich in regelmäſsig konfigurierte, runzelige Falten gelegt. Nach 6 Tagen löste sich die Haut ab.

Vier Fälle von Alopecia totalis persistens, von Dr. A. NIEDEN. (*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde.* Mai 1886.) Eine kasuistische Mitteilung. Die Affektion begann im resp. 35., 21., 40. und 60. Lebensjahre. Alle vier waren Männer. Die Depilation erfolgte einmal innerhalb 14 Tagen auf der ganzen Hautoberfläche, während sie in den drei andern Fällen den Zeitraum von einigen Monaten bis 3 Jahren für sich in Anspruch nahm. Schuppenbildung hat keiner der Patienten bemerkt. Der Beginn war bei allen Fällen auf der Kopfhaut, dem sich bald der Bart anschloſs, während Augenhaare und die haarige Bedeckung der Schamgegend

erst in zweiter Instanz in Mitleidenschaft gezogen wurden. In 2 Fällen liefs sich Malariainfektion als direkte Ursache des Haarausfalls ansehen, in den beiden andern ist die Ursache unklar. Neuropathische Störungen lagen bei keinem Falle vor, die sensitiven und sekretorischen Funktionen der Haut waren normal. In der Familie der Erkrankten, Aszendenz und Deszendenz, zeigten sich keine Haarkrankheiten. Therapie wie immer ohne Erfolg.

Altona. APPEL.

Über Pastenbehandlung, von Dr. H. MARTIN, Magdeburg. Aus Dr. LASSARS Privatklinik. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1886. Nr. 52.) Unter den in neuester Zeit von verschiedenen Seiten und Gesichtspunkten aus empfohlenen Methoden hat namentlich die Okklusivbehandlung entzündlicher Hautkrankheiten ganz erhebliche Fortschritte angebahnt, und zwar hat man damit auch die frischen, vielfach fälschlich sogenannten akuten Ekzeme und ähnliche Erkrankungen ziemlich dreist in Angriff genommen. Zu solchem Verbande haben sich in der LASSARschen Klinik die von LASSAR angegebenen Pasten überraschend gut bewährt, und zwar wurde besonders die Salicylpaste (Acid. Salicyl. 2, Amyli Zinci oxyd. aa 24, Vaselini oder Lanolini purissimi 50,0) angewandt. Dadurch, dafs den Patienten untersagt wurde, den Verband selbst zu wechseln, konnte die Heilentwickelung der in Rede stehenden Leiden genau beobachtet werden. Jedes Ekzem, wie überhaupt jede ekzematöse Hautentzündung, auch wenn es die Erscheinungen der frischen Entzündung bietet, wird zunächst so gereinigt, dafs die massenhaften Zersetzungsprodukte, die sich auf solchen vielfach beschmutzten Hautstellen bilden müssen, gänzlich in Wegfall kommen. Solches kann man nur durch ein gründliches Seifenbad erreichen, und dann wird die Paste aufgelegt, welche nicht allein den Schmerz lindert, sondern auch die Entzündung hebt. Auf diese Paste kommt z. B. beim artifiziellen Ekzem der Hände eine dünne Lage gereinigter Watte, die mit einer hydrophilen Mullbinde befestigt wird. Auch die Gesichtsekzeme der Kinder, beziehungsweise Erwachsener, bieten für die Paste ein dankbares Behandlungsgebiet. Besonders Ohr-, Mund- und Nasengegend, wo tiefe Rhagadenbildung mit wuchernder Schwellung ganz eminente Schmerzerscheinungen hervorrufen, sind die Stellen, deren einfaches Bestreichen mit der Paste mit nachfolgendem dünnen Wattebelag alle Verbände ersetzt. Zugleich wird die behaarte und mit impetiginösen Borken bedeckte Kopfhaut mit 2% Salicylvaselin dick bestrichen und durch ein Kapistrum oder eine Zwirbelmütze geschützt. Die Nasenhöhlen bei gleichzeitiger Choryza werden mit Borsäure und Watte tamponiert. Ebenso günstig verlaufen unter dieser Behandlung die ekzematös entarteten Brustwarzen resp. deren unmittelbare Umgebung. Bei den varikösen Unterschenkelekzemen und -geschwüren verfährt Verfasser folgendermafsen: die erkrankte Extremität wird über einer flachen Blechwanne mit

schwacher Sublimat- oder Karbollösung tüchtig abgespült und zwar mit recht kräftigem Strahl des Irrigators. Dann wird bei torpidem Charakter des Geschwürs dasselbe mit einer 5% Arg. nitr.-Lösung überschwemmt, darauf sehr rein abgetupft und mit einem indifferenten Pulver, Amylum oder Talkum, dick bedeckt. (Beimischungen von Jodoform oder Jodoform allein nur bei fötiden Geschwüren.) Sodann werden die das Geschwür umgebenden entzündlich infiltrierten Hautstellen bis an die Grenze mit einer dünnen Schicht Watte bedeckt und mit einer ganz dünnen dehnbaren Mullbinde ziemlich fest von unten nach oben umwickelt. Diese Verbände bleiben tage- und wochenlang liegen. Sind die Geschwüre in Heilung begriffen, so kann die Paste auf die Geschwüre selbst gestrichen werden.

Beiträge zur Therapie des Ekzems, von Dr. Georg Letzel. (*Allg. Med. Central-Ztg.* 1887. Nr. 4.) Bei den akuten nässenden Ekzemen warnt Verfasser vor dem Gebrauch des von Dr. Fürst empfohlenen kalten Wassers, sondern empfiehlt, über Mandel- oder Weizenkleie siedendes Wasser zu gießen, dasselbe erkalten zu lassen und dann zu Umschlägen zu benutzen. Oder man rühre 2—4 Kaffeelöffel Stärke mit etwas kaltem Wasser an und quirle den Brei in 1 Liter siedendes Wasser, lasse es abkühlen und verwende es zu Umschlägen. Oder man wende bei sehr intensiver Entzündung Umschläge von Plumb. acet. boric. (10 : 500 Aq.) oder von essigsaurer Thonerde in Form des Liquor Burowi an. Da an gewissen Stellen weder Umschläge, noch Puder, noch Fettsalben vertragen werden, so empfiehlt Letzel ein Mittelding zwischen Salben und Umschlägen und zwar ein Liniment, bestehend aus 1% Salicylöl und Kalkwasser zu gleichen Teilen, welchen 6--10 % feinst geschlämmtes Zinkoxyd beigefügt sind. Die Formel dafür lautet:

℞ *Olei Paparer.*	99,0
coq. cum	
Acid. salicyl. laevig.	1,0
in balneo usque ad perf. solut.	
Refrigerat. adde	
Aq. Calcis	100,0
Zinc. oxyd. subtiliss.	15,0
M. sensim terendo.	
D. S. Schütteln vor dem Gebrauche.	

Mit diesem Liniment wird eine 6—8fache Lage unappretierter weicher Verbandmull getränkt, dann auf die ekzematöse Stelle gelegt, darüber ein Stückchen Guttaperchapapier, und dieses durch Mullbinden, Trikotagen, Schwimmhosen etc befestigt. Bei Juckreiz wird der Verband sofort abgenommen und ein frischer aufgelegt. Bei starker Hyperämie, Schwellung etc. wird das Liniment auf Eis gestellt. Manche akute Ekzeme vertrugen die Salicylsäure nicht, dieselbe wurde dann weggelassen. In späteren Stadien, besonders bei impetiginösen, trocknen Ekzemen, erzeugte der Zinkoxydzusatz Jucken.

weshalb LETZEL dem Ol Amm. sulfoichthylol. hinzufügte. Das Acid. Salicyl. kann durch verschiedene andre dermatologische Medikamente ersetzt werden, wie Acid. boric., Acid. carbol., Amm. sulfoichthyolic., Bals. peruv., Resorcin Ol. cadini, Sublimat; an Stelle des Zinkoxyds kann Bism. subnitr., Bleiglätte, Bleijodid, Kalomel, Cerussa etc. gesetzt werden. Bei alten Skrotalekzemen, die gegen alle Maßnahmen rebellisch sind, wirkt der gewöhnliche Buchbinderkleister, dem man allmählich antiekzematöse Medikamente zusetzt, als Beruhigungsmittel zuweilen ausgezeichnet. Natürlich muß er im Sommer für jeden Tag frisch zubereitet werden, da er sehr leicht sauer wird. UNNA beschreibt ihn als Kleisterpaste und gibt folgende Formel dafür an: Zinc. oxyd. 20,0, Amyli, Glycerini ää 10,0, Aq. destill. 80,0. M. coque ad 80,0.

Die Behandlung der Akne, von Dr. O. LASSAR. (*Therapeutische Monatshefte.* 1887. No. 1.) Wenn man auch in der Eröffnung der kleinen Hautabscesse und der multipelen Skarifikation, vorzugsweise der Längsschlitzung ektasierter Venenstämmchen eine vortreffliche Methode hat, um den Folgezuständen verschiedener Akne-Arten entgegenzutreten, so wird der Prozeß selbst nach Ansicht des Verfassers durch diese Eingriffe nicht immer aufgehalten, und in gar vielen Fällen steht zu dem robusten Vorgehen der schließliche Erfolg nicht in erwünschtem Einklang. Ganz abgesehen von der Voraussetzung, daß eine vielfältige Übung, skrupulöseste Wundreinlichkeit, feine Messerführung dazu gehört, um narbenlose Primärverheilung der zahllosen kleinen Stiche und Schnitte zu erzielen, überschätzen auch gar viele Ärzte nämlich das Maß anzuwendender Energie und setzen an Stelle der roten Entzündungs- weiße Narbenflecke mit Keloiden, Erhabenheiten, welche schlimmer und unvergänglicher sind, als das ursprüngliche Leiden. Dazu kommt, daß auf und neben diesen immer wieder Recidive auftreten. LASSAR hat bei allen Formen von Akne von nachstehender Paste sehr prompte Wirkungen gesehen:

℞ *β- Naphtholi* 10,0
Sulf. praecip. 50,0
Vaselini flavi
oder *Lanolini puriss.*
Sapon. virid. ää 25,0
M. leniter terendo fiat pasta.
D. S. Schälpasta.

Diese streicht man messerrückendick auf die mit Akne-Eruptionen behaftete Haut, läßt sie durch 15—20 Minuten sitzen (wobei ein leichtes, ätzendes Brennen verspürt wird, das allmählich abnimmt), wischt sodann mit weichen Lappen ab und pudert Talkum. Die nächste Folge dieses Verfahrens ist eine reaktive Entzündung mäßigen Grades. Dieselbe tritt je nach der Reizbarkeit der Haut nach einer oder mehreren Sitzungen auf. Dann folgt eine Bräunung der Haut, und schließlich wird unter dem Zurückgehen jeder entzündlichen Schwellung die oberflächliche

Epidermislage abgestofsen. Nach Ablauf der Schälung, die man abkürzen und mildern kann durch nächtliches Auflegen einer 2 % Salicyl-Zink-Amylum-Vaselinpaste, pflegt jede der 3 Akne-Arten eine ganz überraschende Verbesserung zu zeigen. Diese Schälpaste hat sich auch bei andern oberflächlichen Hautenzündungen chronischer Art, so namentlich bei Bartflechten und bei lupösen Granulationen bewährt, indem sie die Schrumpfung und Abstofsung erkrankter Teile begünstigt.

Über Erysipel, von Prof. GERHARDT. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1887. No. 3.) In der Sitzung der Charité-Ärzte vom 28. Oktober 1886 erwähnte GERHARDT, dafs bei der Wichtigkeit, welche einer äufseren Verletzung, mag sie auch sehr geringfügig sein, für die Entstehung zugeschrieben wird, es von Bedeutung ist, gerade solche Fälle von Erysipel zu berücksichtigen, bei denen sich keine äufsere Wunde nachweisen liefs. Häufig tritt das Gesichtserysipel nicht mit einer Hauterkrankung auf, sondern setzt ein mit einen Fieberanfall. Unter 69 Fällen von Gesichtsrose traten 30 mal Frost- und Fieberanfall gleichzeitig mit dem Hautausschlag auf, 16 mal ging ein Tag voraus, 9 mal begann die Fiebererkrankung 2 Tage, 2 mal mehr als 2 Tage vor der Hauterkrankung. In diesen Fällen, die als Fiebererkrankung ähnlich wie eine Infektionskrankheit mit einem gleichsam prodromalen Fieber-Stadium beginnen, kann man sehr häufig hören, dafs eine Halsentzündung vorangegangen ist. Offenbar handelt es sich in diesen Fällen um ein im Rachen beginnendes und nach der Gesichtshaut wanderndes Erysipel. Dieses Erysipel kann auf 3 Wegen nach dem Gesicht wandern, am häufigsten durch den untern Nasengang, dann durch den Thränen-Nasenkanal, ferner durch die Tube und den äufseren Gehörgang. Letztere Formen sind ziemlich selten. Einzelne Formen von Erysipel mögen auch wohl auf den Rachen beschränkt bleiben, ohne auf die äufsere Haut zu wandern, und darauf beruht vielleicht die sehr verbreitete Annahme, dafs zur Zeit von Erysipelepidemien Anginen sehr häufig seien. Immerhin fragt es sich, woher Erysipele des Rachens stammen, und glaubt GERHARDT, dafs die Möglichkeit der Infektion durch eine physiologische Wunde gegeben wird, indem Spalten im Epithel nachgewiesenermafsen vorhanden sind, namentlich dort, wo Lymphfollikel angesammelt liegen, wie an den Tonsillen. Deshalb müssen Kranke, die zu Erysipel neigen, möglichst vor jeder Annäherung mit Erysipelkranken geschützt werden. Das Einwickeln der erysipelatösen Stellen mit Watte wird einigen Schutz für die Umgebung gewähren, weil die Watte gewissermafsen als ein Filter anzusehen ist, durch welches der Infektionsstoff zurückgehalten werden kann.

Die interne Therapie des chronischen Blasenkatarrhs im Vergleich zur externen, von Dr. C. PAULI in Köln. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1887. No. 4.) Die erst in der neueren Zeit als vorzüglich gerühmte und daher allgemeiner in die Praxis eingeführte chirurgische Be-

handlung der chronischen Cystitis hat, so grofs auch die Erwartungen waren, die man anfänglich auf sie setzte, doch nicht die interne zu verdrängen vermocht. Dies mag daher rühren, dafs erstere Methode eine gewisse technische Fertigkeit erfordert, selbst bei dem Gebrauche sehr dünner und flexibler Instrumente die krankhafte Reizbarkeit der Blase vermehrt, und dafs die Einverleibung gewisser Droguen per os ebenso sicher zum Ziele führt. Zu diesen gehören Flores Benzoës, Tolu- oder Perubalsam, Benzin, Napthalin, Arbutin und Kali chloricum. Nichts destoweniger bleibt die externe Behandlung der in Rede stehenden Affektion eine wertvolle Bereicherung unsrer Wissenschaft, auf die in den Fällen, wo die interne ihren Dienst versagt und jene oft noch gländende Erfge aufweist, zu verzichten ein Unrecht wäre. Man kann selbst das eine Kurverfahreen mit dem andren kombinieren, wie dies Gosselin mit Erfolg gegen Cystitis purulenta thut, indem er 8—14 Tage hindurch pro die 1—2 Gramm Acid. benzoic. in einer Mixtur. gummos. oder in Zuckerwasser nehmen läfst und eine Lösung von Acid. boric. in die Blase spritzt. Bei dem akuten und subakuten Blasenkatarrh, der, gleich ob rheumatischen oder gonorrhoischen Ursprungs, durchaus keinen instrumentellen Eingriff verträgt, bewährt sich ein mit Milch verdünntes Decoct. sem. lini.

Berlin. L. Hoffmann.

Amerika.

Journal of cutan. and vener. diseases.

Das 3. Heft des Jahrganges 1886 eröffnet Dr. Fessenden N. Otis mit einem längeren Aufsatz über **die Begrenzung des kontagiösen Stadiums der Syphilis, besonders in seinen Beziehungen zur Ehe,** welcher den Inhalt eines in der Jahresversammlung der medizinischen Gesellschaft des Staates New York am 5. Februar 1886 gehaltenen Vortrages bildete. In der Annahme, dafs das Wesen des Syphiliskontagiums von gröfster Wichtigkeit ist, wenn es sich darum handelt die Grenzen des kontagiösen Stadiums dieser Krankheit zu bestimmen, werden zunächst die bisherigen Resultate der verschiedenen Untersuchungen hinsichtlich der Natur des Kontagiums mitgeteilt. Sowohl der von Klebs, als auch der von Lustgarten aufgefundene und als das spezifische Syphilis-Virus angesprochene Mikrokokkus wird nicht als das wirkliche Kontagium anerkannt, sondern als solches kann nach Ansicht des Verfassers vorläufig einzig und allein die Keimzelle Beales Berücksichtigung fordern. Die Eigenschaften dieser Keimzellen sind nach Beale völlig identisch mit jenen der weifsen Blutkörperchen, und die Zellen selbst sollen von entarteten menschlichen Zellelementen abstammen. Die von Rindfleisch 1870 gemachte Beobachtung, dafs normale Keimzellen einen Einflufs auf andre Zellen durch Berührung ausüben können, und dafs daher die embryonale Zelle nur dann eine Epithel-

zelle werden kann, wenn sie mit Epithelzellen in Berührung kommt — er glaubt dies als eine Art von epithelialer Infektion bezeichnen zu sollen —, wird benutzt um die Wahrscheinlichkeit der Fähigkeit von seiten eines entarteten weifsen Blutkörperchens, an normalen Zellen, welche mit denselben in Kontakt kommen, die Proliferation zu befördern, zu beweisen. Es würden daher nach des Verfassers Ansicht in dem entarteten weifsen Blutkörperchen Beales alle Eigenschaften vereinigt sein, um dasselbe als das wahre Kontagium der Syphilis betrachten zu können; hiermit würde jedoch die Möglichkeit eines spezifischen Mikrokokkus als des eigentlichen Krankheitskeimes keineswegs ausgeschlossen sein, denn derselbe könnte in die Keimzelle eindringen und die Ursache der Infektion werden, allein dies mufs erst durch dessen zweifellose Auffindung nachgewiesen werden.

Hinsichtlich der Unitäts- oder Dualitätslehre ist Verf. der Ansicht, dafs wir durch Untersuchung der für die syphilitische Initialläsion charakteristischen Proliferation der Zellelemente feststellen können, dafs bei der Syphilis eigentliche Zerstörung der Gewebe nur als Resultat der Infiltration eintritt, durch welche die den betreffenden Teil ernährenden Gefäfse obstruiert werden, während der destruktive Prozefs beim Schanker ein solcher per se ist. Die Syphilis kann durch alle Stadien ohne jede Gewebszerstörung verlaufen, während der einfache Schanker ausschliefslich ein destruktiver Prozefs ist.

Nach dem Verf. steht es fest, dafs das Virus der Syphilis in der Initialläsion, sowie in den Lymphgefäfsen und Drüsen, welche zu der letzteren in unmittelbarster Beziehung stehen, enthalten und mindestens während der ersten 8 Wochen auf diesen Bezirk beschränkt ist. Hieraus folgt für ihn natürlich die Verwerfung der Möglichkeit einer momentanen, allgemeinen Infektion. Als Beweis dieser Theorie werden die negativen Resultate derjenigen Impfungen angeführt, welche mit dem Blute einer mit syphilitischer Initialläsion behafteten Person ausgeführt worden sind. Aufserdem die Behauptung Diday's („Infantile Syphilis"), dafs die Infektion einer Schwangeren nach dem 7 Monat niemals Erkrankung des Fötus nach sich ziehe.

Mit zahlreichen Autoren teilt auch der Verf. die Ansicht, dafs sämtliche physiologische Sekrete des Körpers frei von dem Kontagium sind, und dafs daher die Möglichkeit einer direkten Infektion des Fötus durch den Vater ohne vorausgehende Infektion der Mutter zweifellos ausgeschlossen werden mufs. Dafs diese Sekrete kein Virus enthalten, verwertet Verf. zu gunsten der obigen Theorie über die Natur des Syphiliskontagiums, da dieselben auch keine Keimzellen enthalten. Da ferner die Einwirkung einer entarteten Keimzelle zur Entstehung der Syphilis nötig ist, und die Infektion der Frucht einzig und allein durch Vermittelung des Blutes der Mutter stattfinden kann, so gibt es auch keine eigentlich hereditäre Übertragung der Krankheit. Infiziert kann nur ein gesunder, d. h. nicht syphilitischer Organismus werden, und die das Kontagium enthaltende Zelle mufs mit gesunden Zellen in Berührung kommen, um die Krankheit übertragen zu

können. Allerdings können verschiedene Schwächezustände des Fötus oder Kindes durch Genitalkrankheiten der Eltern, welche mit Syphilis behaftet waren, veranlafst werden, es ist aber keineswegs erwiesen, dafs die Syphilis, selbst von zweifellos syphilitischen Personen, auf Gesunde übertragen worden ist, nachdem das sogenannte sekundäre Stadium vorüber war.

Hinsichtlich der wahrscheinlichen Grenze des kontagiösen Stadiums der Syphilis überwiegt wohl die Ansicht, dafs die Möglichkeit der Krankheitsübertragung aufhört, sobald die Zellenanhäufung, welche die Ursache der Läsionen des sekundären Stadiums ist, und die Lymphdrüsenanschwellung beseitigt worden ist, und dafs daher diejenigen Patienten als geheilt zu betrachten sind, bei denen dieses Resultat durch systematische Behandlung erreicht worden ist. Fragen wir uns, wie lange die Behandlung Syphilitischer fortgesetzt werden mufs, so ist diese Zeit nach der ziemlich gleichmäfsigen Ansicht der meisten Autoren auf ca. 3 Jahre zu fixieren. Bleibt dann das nächste Jahr frei von jedem Zeichen der Syphilis, so ist dies als Beweis der völligen Heilung zu betrachten, welcher uns berechtigt dem Pat. das Heiraten zu gestatten. Die Bedingung, wenigstens ein Jahr lang nach dem Verschwinden des letzten Symptoms der Syphilis mit der Verheiratung zu warten, wird von sämtlichen Forschern acceptiert, dagegen gehen die Ansichten hinsichtlich der Sicherheit der Verheiratung auseinander. Es gilt jetzt als zweifellos, dafs die Übertragung der Krankheit nach dem 3. Jahre ihres Bestehens eine seltene Ausnahme ist, da das Kontagium derselben in einem Zeitraum, welcher zwischen 2 und 4 Jahren schwankt, ausgestofsen (wohl besser erschöpft oder abgeschwächt — Ref.) wird. Der Verf. betrachtet die Krankheitserscheinungen nach dieser Zeit, die sog. tertiären Läsionen, nicht als eigentlich zur Syphilis gehörig, wie sie auch Hutchinson nicht als Stadium der Krankheit, sondern als Folgen betrachtet. In diesem Sinne verwertet Verf. die Unschädlichkeit der Absonderungen dieser Läsionen, welche ebenso, wie das Blut derartiger Patienten kein Kontagium mehr enthalten. Ricord erklärt sie für weder impfbar noch vererbbar. In demselben Sinne fielen die Resultate der Impfungen aus, welche Diday mit dem Blute von Patienten im tertiären Stadium ausführte, d. h. negativ.

Nach des Verfassers Ansicht beruhen die tertiären Läsionen ausschliefslich auf der Verstopfung von Lymphräumen und -gefäfsen, dem Resultat der pathologischen Veränderungen im kontagiösen Stadium der Syphilis. Die mikroskopische Untersuchung zeigt zweifellos, dafs das charakteristische Merkmal aller tertiären Läsionen in der Anhäufung des sog. gummösen Materials besteht, welches sich in keiner wesentlichen Beziehung von normalem Keimmaterial unterscheidet, und dessen schädliche Wirkung lediglich durch den mechanischen Einflufs erklärt werden kann.

(Die Fortsetzung folgt im nächsten Heft.)

Die nächste Originalarbeit: **Über die Diagnose der Pocken,** sucht

Prince A. Morrow gewissermafsen damit zu entschuldigen, dafs nicht wenige Fälle dieser Krankheit vorkommen, in denen selbst sehr geübten und erfahrenen Ärzten infolge der atypischen und modifizierten Form des Exanthems und der hierdurch nicht selten bedingten grofsen Ähnlichkeit mit andern Exanthemen Irrtümer in der Diagnose passieren können. Dafs die letzteren gerade bei dieser Krankheit nicht allein wegen der Wahl der Behandlung, sondern vor allem wegen der Verhütung der Verbreitung der Krankheit sehr verhängnisvoll werden kann, läfst sich nicht bestreiten, und es erscheint daher der Aufsatz gewifs als eine dankenswerte Arbeit, auf welche näher einzugehen wir uns wegen des beschränkten Raumes leider versagen müssen.

Einige der statistischen Angaben jedoch glauben wir erwähnen zu sollen, da dieselben hinsichtlich der diagnostischen Irrtümer überraschende Resultate ergeben.

Marsden (Reynolds, *System of Medicine.* pag. 445) berichtet, dafs in London innerhalb weniger Jahre mehr als 20 Krankheiten mit Pocken verwechselt und die betreffenden Patienten in das Pockenhospital gebracht wurden. Neumann beobachtete während der Wiener Epidemie (1872—73 35 derartige Fälle von Masern, Scharlach, Erythem, etc. in dem Pockenhospital. In dem New Yorker Pockenhospital wurden von 1880 bis inkl. 1885 unter mehr als 2500 Fällen 31 auf eine falsche Diagnose hin aufgenommen, deren Zahl jedoch beträchtlich gröfser ist, da zahlreiche derartige Fälle zwar in das Reception Hospital aufgenommen, nicht aber in das Pockenhospital überführt wurden.

Bezüglich der ausführlichen Schilderung der Pocken und der bei einer Verwechselung in Frage kommenden Krankheiten mufs auf das Original verwiesen werden.

Einen Fall von **Jod-Purpura** berichtet Etienne C. Vidal. Derselbe betraf einen Patienten, welcher wegen einer vor 20 Jahren stattgefundenen Infektion mit Syphilis längere Zeit Jodkali nahm (ca. 1 g täglich). Der Ausschlag betraf hauptsächlich die unteren Extremitäten. Nach dem Aussetzen des Medikamentes verschwand auch das Exanthem, um bei dem Wiederbeginn der Medikation wieder zu erscheinen. Dieser Kontrollversuch wurde noch zweimal wiederholt und zwar stets mit demselben Erfolg, weshalb der Verf. auch die Überzeugung ausspricht, dafs dieses Experiment hätte in infinitum wiederholt werden können.

Der Bericht über die 160. Sitzung der New York Dermatological Society (am 26. Jan. 1886) enthält zunächst einen von Jackson vorgestellten Fall von **Rosacea hypertrophica**, welcher einen 51jährigen Mann betraf. Derselbe leugnet jede venerische Infektion. Als Folge des starken Potatorium findet sich chronische Dyspepsie. Anfang September 1885 wurde Pat. wegen der Affektion der Nase — nach seiner Angabe seit 6 Monaten

bestehend — in das Hospital aufgenommen. Auf der roten, knotigen und sehr beträchtlich vergrößerten Nase fanden sich, besonders rechtsseitig, 6—8 oberflächliche, annähernd ovale Geschwüre, zum Teil mit starken, bräunlichen Krusten bedeckt, sowie auf dem unteren, linken Nasenflügel eine kleine Öffnung, durch welche eine Sonde etwa 1/2 Zoll tief in eine enge Tasche oder Höhle eindrang. Die Nasenhöhlen waren normal. Auf der Palmarfläche des rechten dritten Fingers 2 kleine, schuppige Flecke. Durch zahlreiche Skarifikationen mit lokalen, heifsen Bädern und nachfolgenden Gebrauch des Unguent. praecip. alb., sowie innerlichen Gebrauch der Tinctura Nucis vomicae besserte sich das Leiden trotz der unregelmäfsigen Befolgung der Vorschriften seitens des Pat. Anfang November wurde eine Woche lang die gemischte Behandlung durchgeführt. Bei dem erst Ende Dezember wieder erfolgten Besuch des Pat. zeigte sich die Nase beträchtlich kleiner und deren Röte bis auf die Spitze beseitigt. Es fanden sich einige erweiterte Gefäfse und verschiedene Narben der früheren Geschwüre.

Die Ansicht der Anwesenden über die Natur dieser Affektion — ob dieselbe, wie Jackson fragt, auf einfachem Zerfall der Gewebe oder auf Syphilis beruhe — ist geteilt. Ähnliche Veränderungen hat Taylor bei Albuminurie, starkem Potatorium und Herzkrankheiten gesehen und erklärt sie für eine Gewebsnekrose, welche Anschauung von der Mehrzahl der Mitglieder geteilt wird. Im Gegensatz hierzu deutet Bronson die gruppenweise stehenden Narben der Nase als Beweis für das Bestehen von Syphilis neben dem entzündlichen Prozefs. Sherwell erwähnt schliefslich aus seiner Erfahrung die Thatsache, dafs Syphilis zur Rosacea hinzugetreten sei.

Fox zeigt ein Kind mit einem **Papilloma des Unterarms**. Dasselbe begann vor 4—5 Jahren in Form eines dunklen Fleckes auf dem linken Daumenballen, welcher sich allmälich ausbreitete, und bildet jetzt einen fast 2 Zoll breiten, unregelmäfsigen Fleck. Der Daumenballen zeigt eine warzige Beschaffenheit. Diese dunkelrote, über die Umgebung erheblich hervorragende Läsion erstreckt sich bereits über die Beugefläche des Vorderarms und folgt augenscheinlich dem Verlauf des Nerven. Morrow fand in allen von ihm beobachteten ähnlichen Fällen die vorausgehende Einwirkung einer Schädlichkeit und vermutet auch in diesem Falle eine den Angehörigen des Kindes entgangene oder unbekannt gebliebene Beschädigung des die betreffenden Bezirke versorgenden Nerven als Ursache der Läsion.

Der von Morrow vorgestellte Fall von **Keratosis follicularis** wird in einem späteren Hefte ausführlich mitgeteilt werden. Die sich anknüpfende Debatte über die Benennung dieser Affektion wollen wir vorläufig übergehen, da dieselbe — wie Taylor und Robinson ganz richtig hervorheben — ohne mikroskopische Untersuchung nicht zu einem Resultate führen konnte. Es mag nur erwähnt sein, dafs mehrere Mitglieder die Krankheit für eine Affektion der Talgdrüsen und die Bezeichnung Keratosis pilaris für richtiger halten und überzeugt sind, dafs die Krankheit des sogenannten „borstigen

Knaben" („bristly boy") und des „Igel-Mannes" („hedge hog man") dieselbe Affektion wie im vorliegenden Falle sei. Die von BRONSON dem eventuellen Vorhandensein von Syphilis beigelegte Wichtigkeit erkennt MORROW nicht an, da die Läsionen der Haut und Zunge seit wenigstens 5 Jahren, der Schanker hingegen erst seit 1 Jahre vorhanden ist.

In dem von FOX vorgestellten Fall **allgemeiner Alopecia nach Keratosis pilaris** begann der Ausfall des Haares auf dem Kopfe in Form von Flecken und beraubte den ca. 35jährigen Patienten sowohl hier als überhaupt auf dem ganzen Körper sämtlicher Haare. Die Thatsache, dafs früher Syphilis vorhanden war, führt zu der Frage, ob die Alopecie auf dieser Krankheit beruht.

Nach einem Fall von **Dermatitis herpetiformis**, welchen BULKLEY vorstellte, folgte SHERWELL mit einem solchen von **nicht venerischer Syphilis**, welcher sich durch die relative Seltenheit der Lokalität des primären Geschwüres auszeichnet. Dasselbe fand sich bei der 20 Jahr alten, unverheirateten Patientin an der Unterlippe und zeigte eine indurierte Basis. Die Drüsen des Kieferwinkels sind stark vergröfsert und verhärtet.

PIFFARD zeigte Photographien eines interessanten Falles von **Keloid** bei einer 35jährigen Mullatin aus Südcarolina, welches vor 10 Jahren zuerst in Gestalt verschieden grofser Erhöhungen der Haut in der Nacken- und Schultergegend anfing. Die Läsionen verbreiteten sich später über den ganzen Körper und wurden besonders bemerkenswert durch die Gestalt einer doppelten Kreislinie um den Hals, welche die Pat. während einer temporären Geistesstörung für eine Schlange hielt. Zugleich mit der Entwickelung neuer Läsionen war das Verschwinden verschiedener älterer infolge eines Involutionsprozesses oder retrogressiver Metamorphose mit Hinterlassung pigmentierter Flecke zu konstatieren. Im Anschlufs an diesen Fall betont PIFFARD die auffällige Neigung der Mulatten-Rasse zu fibröser Hyperplasie, welche durch die Häufigkeit der Keloide und Uterusfibroide bei dieser Rasse bewiesen wird.

PIFFARD beschrieb hierauf einen sehr praktischen photographischen Apparat, welcher aus einer Camera mit Platten für 24 Bilder besteht. Die Negative werden auf Papier hergestellt, und für die Abzüge gebraucht man ein mit Bromsilber präpariertes Papier, welches Präparat klarere und bessere Bilder gibt.

Den letzten Vortrag hielt TAYLOR über **Hydroa bulleux und verwandte Affektionen**, welcher in dem folgenden Heft erscheinen wird.

Unter der Rubrik „Ausgewähltes" finden sich Referate über folgende Arbeiten:

Einige streitige Punkte in der Ätiologie der Syphilis, von J. HUTCHINSON. (*Brit. Med. Journ.* Jan. 9. 1886.) — Nervöse Störungen bei

langsamer Merkurial-Intoxikation, von Phillippe Maréchal. (*Thèse de Paris.* 1885.) — Eine weitere Pariser These von Numa Pinto, **Studie über Herpes genitalis beim Manne und Weibe.** 1885. Aus dieser Arbeit dürften folgende Schlufsfolgerungen erwähnenswert sein: Diese Herpesart betrifft beide Geschlechter gleich häufig, der Ausschlag ist jedoch bei den Frauen reichlicher, während er in konfluierender Form bei den Männern überaus selten ist. Bei den letzteren ist der recidivierende Herpes gewöhnlich, während bei den Frauen der symptomatische die häufigere Form ist.

Den Schlufs dieser Abteilung macht eine kurze Besprechung über die **Verhütung der Gonorrhöe,** wobei zuerst die Beobachtungen Dr. Haussmanns in Berlin über die Wirsamkeit des Argent. nitric. in dieser Richtung (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1885. No. 25, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1885. pag. 264.) erwähnt werden. Zu dem gleichen Zwecke empfiehlt Dr. Martineau (*Bull. de Thérap.* Nov. 1885) eine Lösung von Hydrargyrum bichloratum corrosivum (1 : 500) sowohl als Waschmittel, wie als Injektion. Seine Vorschrift lautet:

Hydrarg. bichlorat. corros.	2 pp.
Ammonii chlorati	6 pp.
Spiriti	200 pp.
Aq.	ad 1000 pp.

M.

Dieses von Martineau als vollkommen unschädlich bezeichnete Mittel soll auf die Gonokokken sicher vernichtend einwirken.

Unter der Rubrik „Rezensionen" werden zunächst die *Transactions of the Academy of Medicine in Ireland.* Vol. III. Edited by Wm. Thompson. Dublin 1885. besprochen und aus den zahlreichen, wertvollen Beiträgen derselben als besonders interessant für uns hervorgehoben: Lupus und seine Behandlung, von Dr. Walter G. Smith; Epitheliom des Augenlides, entstanden durch die Einwirkung roher Karbolsäure, von J. B. Story; Sublinguales Epitheliom, von K. Franks; Über sogenannte maligne Gewächse, von George Fry, welche zum Teil mit prächtigen Abbildungen versehen sind.

Eine Rezension des bekannnten *Venereal Memoranda* von P. A. Morrow, New York 1885. kann füglich übergangen werden, da der Wert dieses in diesen *Monatsheften.* 1886. pag. 172 besprochenen Lehrbuches allgemein anerkannt ist.

Nach der Aufführung der an die Redaktion eingesandten Schriften folgen mehrere kleinere Mitteilungen.

M. Hardy empfiehlt zur **Behandlung der Furunkel** (*Gazette des Hôpitaux*) lokal: 1. erweichende Umschläge (nicht mit Leinsamenmehl), 2. die Eiterung befördernde Mittel, wie Ungt. matris (= Emplastr. fuscum 8 pp. mit Baumöl 5 pp. geschmolzen. Ref.), Ungt. digestivum, Ungt. Styracis,

Emplastr. adhaesivum oder Emplastr. hydrarg. de Vigo. Eröffnung der Beulen nur bei langsamem Verlauf derselben. Den Versuch, die Beule mit Tinct. Jodi, Argentum nitric., etc. zu abortieren, hält er für nicht vorteilhaft. Gegen die furunkulöse Diathese empfiehlt er innerlich: Teerwasser bei den Mahlzeiten, Oleum Juniperi empyreumaticum in Pillen oder Kapseln, Natrum bicarbonicum 3,75 g vor dem Essen, alkalische Wässer und Solutio arsenicalis Fowleri. Sehr wichtig ist Beachtung der Hygieine.

Gegen **Pruritus vulvae** gibt JULIEN folgende Formel (Paris letter in *Phila. Med. Times*):

℞ *Zinci oxydati puri* 25,0
Acidi salicylici 1,0
Glycerini amyli 25,0
M. D. S. Nach Bedarf anzuwenden.

Gegen **Impotenz**:

℞ *Extr. cannabis ind.* 0,5
Ergotini (*Extr. aq.*) 2,5
Extr. nucis vomic. 0,5

F. pil. Nov. 20. S. Früh und abends 1 Pille. — BARTHOLOW. (*Cd. and Clin. Record.*)

COMESSATI empfiehlt eine **Behandlung der Krätze**, welche an Einfachheit und Wirksamkeit alle bisherigen übertreffen soll (*Journal de Méd.* Nov. 4. 1885). Der ganze Körper wird vor dem Schlafengehen mit einer Lösung von 200,0 Natrum subsulfurosum in 1 Liter Wasser eingerieben und am folgenden Morgen mit einer Lösung von 50,0 Acidum hydrochloricum in 1 Liter Wasser behandelt. Hierbei bilden sich Acidum sulfurosum und Natrium chloratum, und Schwefel setzt sich feinverteilt in die Poren. Gewöhnlich soll eine einzige Applikation zur Heilung genügen.

Prof. VINGT in Barcelona verwendet **Terpentin bei malignen Tumoren** in Form von subkutanen Injektionen — 1 p. Terpentin und 2 pp Alkohol — und will hierdurch sowohl Karcinom als Sarkom häufig zum Verschwinden gebracht haben. Gewöhnlich folgt eine ca. 8 Tage dauernde lokale Entzündung mit Fieber. (*Revista de Ciencias Medicas.* No. 1. 1885.)

Leipzig. Th. A. KIRSTEN.

Elektrolyse in der Medizin und Chirurgie. Dr. W. A. HARDAWAY, St. Louis (*Maryland Med. Journ.* 1886. Dez. 25) sagt, die Elektrolyse wäre eins der besten Agenzien zur Behandlung des Lupus vulgaris und Lupus erythematosus. Er hat diese Thatsache bereits auf mehreren Versammlungen der American Dermat. Association erwähnt, doch sind seine Empfehlungen, soweit ihm bekannt, nicht genügend beachtet worden. Er stützte sich auf den Grundsatz, dafs, wenn multiple Skarifikationen bei diesen Krankheiten von Nutzen sind — und das ist ja aufser Zweifel —, multiple elektrolytische Skarifikationen jedenfalls noch besser wären. Er fügt hinzu,

er wolle mit seinen Empfehlungen die andern Heilmittel nicht überhaupt verdrängen, sondern für die Elektrolyse passen besonders bestimmte Stadien. Dr. HARDAWAY wendet die Elektrolyse gewöhnlich in Verbindung mit der Kurette zur Zerstörung oberflächlicher Hautepitheliome an, auch bei der papillären Form. Zur Obliterierung variköser Gefäfse bei Acne rosacea hilft nichts so schön wie Elektrolyse. Zum Schlufs nimmt Dr. HARDAWAY Gelegenheit, seinen Freund Dr. ROHÉ zu fragen, warum derselbe den Namen des Augenarztes Dr. MICHEL in St. Louis in seiner Arbeit über Elektrolyse nicht erwähnt hätte. Dr. MICHEL hat bereits im Oktober 1875 in *St. Louis Clinical Record* eine erschöpfende Darstellung der Zerstörung der Haarpapille durch Elektrolyse gegeben.

Fluidextrakt von Stigmata Maïdis im akuten Stadium der Gonorrhöe. Dr. E. STUDER wandte folgende Formel an:

℞ *Kalii acetici* 12,0
Fluidextract. Stigmat. Maïdis
Aquae dest. ää ad 120,0
M. D. S. Alle 2 Stunden 8 g in Wasser zu nehmen.
(*The therapeutic Gazette.* Dez. 1886. pag. 832.)

Der Thermokauter in der Behandlung des Herpes Zoster, von Dr. B. M. RICKETTS. Vortrag gehalten in der Cincinnati Med. Society am 12. Oktober 1886. (*The American Lancet.* Dezember 1886. pag. 448.) Verfasser gibt die Krankengeschichte zweier an Herpes Zoster und zwar an der schweren neuralgischen Form leidenden Patienten, eine 61jährige Frau und ein 69jähriger Mann. Die vorhergegangene Behandlung war in beiden Fällen erfolglos gewesen. In der Ausdehnung der befallenen Nerven wurde die Haut durch eine drehende Bewegung der Hand mit dem weifsglühenden Instrumente berührt. Die brennenden und neuralgischen Schmerzen hörten sofort auf. Die Operationsweise ist nicht genauer angegeben.

New York. TILDEN BROWN.

(Übersetzt von Dr. APPEL, Altona.)

Norwegen.

BIDENKAP. **Die Prophylaxis und Therapie der Syphilis.** (*Klinisk Aarbog.* Christiania 1886.) Die Syphilis ist die am wenigsten venerische der venerischen Krankheiten; verhältnismäfsig viele Fälle sind harmlos. In der Prophylaxe müssen dann die verschiedenen Infektionsquellen in Betracht gezogen werden. Die Visitation der Prostituierten ist illusorisch oder wenigstens nicht genügend, und die öffentlichen Vorkehrungen müssen eine weitergreifende Adresse haben. Ganz besonders müssen sie gegen die Verbreitung durch hereditär-syphilitische Kinder gerichtet sein.

Verf. empfiehlt als Abortivverfahren die Excision, und meint vielleicht einen milderen Verlauf danach beobachtet zu haben.

Die Erfahrungen des Verf. zeigen, dafs Syphilis durchgängig auch ohne Behandlung, nur unter guten hygieinischen Bedingungen, innerhalb 3—4 Monaten von selbst abläuft. Auch später werden solche mild verlaufende, exspektativ behandelte Fälle gewöhnlich leicht und ohne schwere Symptome verlaufen. Deshalb behandelt Verf. individualisierend, symptomatisch; in der zweiten Inkubation greift er nie ein, nur sind gute hygienische Mafsregeln indiziert. Auch später gibt er nur bei protrahiertem, malignem Verlauf Jodkalium und merkurielle Inunktionen. Gegen sehr hartnäckige chronische Formen hat er in Verabreichung der Sarsaparilla gute Resultate gesehen.

Ein Fall von idiopatischem, multiplem Pigmentsarkom (Kaposi) wird von Dr. Hiorth (*Klinisk Aarbog.* Christiania 1886) publiziert. Ein 70jähriger Mann hat zahlreiche Knötchen an den Füfsen und Unterschenkeln, die vor zwei Jahren am rechten Fufsrücken anfingen. Drei von den Knötchen wurden exstirpiert und mikroskopisch untersucht. Die Geschwülste zeigten sich von spindelförmigen Zellen zusammengesetzt, fibrillär gelagert zahlreiche Gefäfse, von Pigment umgelagert. Keine alveoläre Anordnung.

Über **Lepra mutilans**, von H. Heiberg. (*Klinisk Aarbog.* Christiania 1886.) Verf. hat eine Reihe durch nekrotisierende oder atrophische Prozesse mutilierte Extremitäten anatomisch präpariert und untersucht. Er meint, dafs viele der Veränderungen durch eine reine neurotische Einwirkung (im Sinne Samuels und Charcots excitation morbide des nerfs) zu stande kommen. Man findet teils eine reine, konzentrische Atrophie, teils nekrotisierende Abstofsungen. Die Ursache dieser dystrophischen Prozesse wird oft einseitig in der Sensibilitätsstörung und in traumatischen Einwirkungen gesucht, während ein rein neurotischer Ursprung gewifs sehr häufig ist. Die Affektion der Nerven, welche diese Ernährungsstörungen bedingt, zeigt sich wie bei den traumatischen Neurosen als eine nicht vollständige, sondern partielle Destruktion, die lepröse Neuritis. Das Bindegewebe, besonders das Perineurium, ist stark verdickt, während die Nervenfasern nummerisch abgenommen haben. Wird mit Eosin-Hämatoxylin gefärbt, so können die spärlichen Axencylinder gezählt werden. Die Atrophie wird verursacht durch eine Infiltration von „braunen Zellmassen", welche in die Lymphräume zwischen die Primitivfasern eindringen.

O. Mahn. **Beiträge zur Geschichte der Tonsillenschanker.** (*Norsk Magazin for Logvidenskab.* Oktbr. 1886.) Die Tonsillen mit ihren Krypten und Schleimhautfalten scheinen für virulente Ablagerungen nur allzu bequem zu sein, und auch syphilitische Infektionen finden hier verhältnismäfsig häufig statt, häufiger als man allgemein glaubt. Schon früher hat in Nor-

wegen Boeck diesbezügliche Mitteilungen gemacht, und hat neun Fälle publiziert. Verf. beschreibt nun zwei Fälle, 1. bei einem 54jährigen Manne und 2. bei einer 56jährigen Frau; die Ätiologie ergab bei beiden nichts Genaues, doch schien die Infektion durch Eßgeschirre oder dergleichen verursacht zu sein; beide Kranke waren vom Lande und in Verhältnissen, wo die Reinigung eines Löffels auf andre Weise als durch Ablecken manchmal für Pedanterie und Prüderie gehalten wird.

Kopenhagen. Pontoppidan.

Verschiedenes.

Wir verfehlen nicht, die Fachgenossen auf die am 5., 6. und 7. April dieses Jahres in Rom unter dem Vorsitz des Herrn Professor C. Manassei tagende **Versammlung der italienischen Dermatologen und Syphilographen** aufmerksam zu machen. Die auf der Tagesordnung stehenden Themata lauten:

1. Pathogenese, Morphologie, Pathologie und Therapie der Lichenarten.
2. Hereditäre tardive Syphilis.

Für deutsche Fachkollegen, welche in der günstigen Lage sind, an diesem Kongresse teilnehmen zu können, wird es geraten sein, sich wegen näherer Auskunft an den Sekretär, Herrn Professor D. Barduzzi in Siena, zu wenden.

Des Interesses halber, welches diese junge, dermatologische nationale Vereinigung speziell für uns Deutsche besitzt, die wir eine solche zur Zeit noch entbehren, lassen wir die getreue Übersetzung der in Rom am 23. April 1886 vereinbarten Statuten der Gesellschaft folgen:

Artikel 1. Es hat sich eine italienische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie gebildet zum Zwecke, bei uns den Fortschritt dieser beiden Wissenschaften zu befördern.

Artikel 2. An dieser Gesellschaft können alle italienischen Ärzte und Chirurgen teilnehmen, die diese Wissenschaften lehren oder betreiben.

Artikel 3. Die Mitglieder sind ordentliche, korrespondierende oder Ehrenmitglieder.

Die ordentlichen und korrespondierenden werden mittels Abstimmung gewählt auf dem Präsidenten schriftlich mitgeteilten Vorschlag zweier Mitglieder, und der Präsident kündigt in der der Abstimmung vorhergehenden Sitzung dieselben an. Ausgenommen sind die Universitätsprofessoren der beiden Spezialitäten, welche auf einfache Anfrage beim Präsidenten zugelassen sind. Die ordentlichen Mitglieder zahlen einen jährlichen Beitrag von 15 Lire.

Artikel 4. Der Sitz der Gesellschaft ist in der Stadt, in der sich das Präsidium befindet.

Artikel 5. Das Präsidium übernimmt die Sorge, sich mit den einhei-

mischen und fremden Gesellschaften über alles, was den Fortschritt der Wissenschaft betrifft, in Verbindung zu setzen.

Artikel 6. Die Versammlungen der Gesellschaft sind ordentliche und aufserordentliche. Die ersteren tagen alle zwei Jahre zusammen mit der italienischen medizinischen Gesellschaft, die andern während der Osterferien (wenn ein viertel der Mitglieder es verlangt) in der vom Präsidenten bezeichneten Stadt.

Artikel 7. Beim Schlufs der Versammlungen werden die in der folgenden Session zu behandelnden Themata festgesetzt.

Artikel 8. Aufser diesen Arbeiten werden nach der Reihe in jeder Sitzung diejenigen aufgenommen, welche die Mitglieder überreichen wollen, indem sie den Präsidenten zwanzig Tage vor der Eröffnung der Sitzung davon benachrichtigen.

Artikel 9. Die Sitzungen finden unabhängig von der Anzahl der gegenwärtigen Mitglieder statt.

Die Beratungen gehen nach Mehrheit der Stimmen vor sich.

Artikel 10. Die Gesellschaft wird durch einen Präsidenten, einen Vizepräsidenten, zwei Sekretäre und einen Schatzmeister repräsentiert.

Artikel 11. Das Amt des Präsidenten wird durch geheime Zettelabstimmung mittels absoluter Majorität ernannt. Das Amt dauert zwei Jahre, es kann Wiederwahl stattfinden mit Ausnahme des Präsidenten, der erst zwei Jahre nach dem Verlassen des Amts wieder gewählt werden darf.

Artikel 12. Der Präsident konvokiert die Versammlungen und leitet die Diskussionen, überläfst aber den Sitz dem Vizepräsidenten, wenn er an jenen teilnehmen will. Er kann einem Mitgliede das Wort entziehen, nachdem er es zweimal zur Ordnung gerufen hat.

Artikel 13. Die Sekretäre stellen die mündlichen Verhandlungen zusammen, führen die Korrespondenz, leiten den Druck der Akten und unterstützen den Präsidenten bei seiner Korrespondenz. Einer von ihnen erläfst die Zahlungsmandate und übergibt sie zusammen dem Präsidenten.

Artikel 14. Die Verwaltung der Gesellschaft ist dem Schatzmeister anvertraut, der für die Gesellschaftskasse verantwortlich ist. Er besorgt die Einforderungen, bestätigt die Zahlungsmandate nach geschehener Approbation des Präsidenten und eines der Sekretäre; bei der ersten ordentlichen Versammlung reicht er zur Approbation den Voranschlag der Rechnung für das künftige Biennium und den Verbrauch des vorhergehenden ein.

Artikel 15. Die Gesellschaft veröffentlicht ihre Arbeiten im *Giornale italiano di malattie veneree e della pelle*, aufserdem in speziellen Publikationen.

Artikel 16. Das gegenwärtige Statut kann nur auf Verlangen von wenigstens einem drittel der Mitglieder abgeändert werden.

Rom, 24. April 1886. Prof. comm. G. Manassei, Präsident.
Prof. cav. A. Scarenzio, Vizepräsident.
Prof. Dott. D. Barduzzi, Sekretär.
Dott. G. Ciarocchi, Sekretär.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 6. 15. März 1887.

Mitteilungen über das Lepra-Hospital in Rio de Janeiro.

Von

Dr. J. J. de Azavedo Lima,

Spitalarzt in Rio de Janeiro.

(Aus dem Portugiesischen übersetzt von Dr. Adolph Lutz in Limeira)

In der Mitte des letzten Jahrhunderts war die Lepra in Rio de Janeiro sehr häufig; die Befallenen bettelten zahlreich in den Straſsen herum, und die damals viel geringere Bevölkerung war von der Furcht vor der allgemein angenommenen Übertragbarkeit beherrscht. Der damalige Vizekönig von Brasilien, Graf von Bobadella, erbarmte sich über das Elend dieser Unglücklichen und wies ihnen einige Häuschen in der jetzigen Vorstadt São Cristovão zur Wohnung an, wo sie auf seine Kosten mit Nahrungsmitteln und der nötigen ärztlichen Behandlung versehen wurden. Als an dessen Stelle der Graf da Cunha getreten war, befanden sich die Leprösen noch immer unter den traurigsten Verhältnissen und ohne jegliche Hilfsmittel, weshalb sich dieser an die damalige portugiesische Regierung der Hauptstadt wandte und um Abtretung eines Klosters mit den umliegenden Ländereien nachsuchte; letzteres hatte den Jesuiten gehört und war durch deren kurz vorher erfolgte Vertreibung verfügbar geworden. Diesem Wunsche wurde denn auch entsprochen und behufs Beschaffung des Unterhalts und einer bequemen, aber vollständig abgeschlossenen Verpflegung wurde eine allgemeine Steuer ververhängt, welche nach der sozialen Stellung jedes einzelnen Einwohners bemessen wurde. (1763.)

Von diesem Zeitpunkte datiert die Einrichtung eines Leprahospitals in Rio. Dasselbe wurde auf Verfügung des Grafen DA CUNHA von der Irmandade do Santissimo Sacramento da Candelaria verwaltet und wird es noch heute, trotz aller politischen Umwälzungen, welche Brasilien seither durchgemacht hat. Dagegen nahmen die obligatorischen Beiträge sämtlicher Einwohner mit dem Eintritt der Unabhängigkeit Brasiliens ein Ende, indessen gewährt die Regierung noch eine, obwohl unbedeutende, Unterstützung, nämlich 2000 Milreis (gegen viertausend Mark) jährlich.

Das ursprünglich enge und kleine Kloster erfuhr später bedeutende Vergrößerungen und Verbesserungen in seinem Bestand und seinen hygieinischen Verhältnissen, um es der neuen Bestimmung besser anzupassen. Das jetzige Gebäude ist ein Rechteck, dessen längste Seiten von Nordost nach Südwest streichen, und liegt auf einer kleinen Erhöhung inmitten einer weiten Ebene, von Gärten umgeben und von jeder andren Wohnung getrennt. Es hat zwei Fluren, nämlich ein Erdgeschoſs und ein oberes Stockwerk, von welchen das erstere für die Männer, das zweite für die Frauen dient.

Zu ebener Erde befinden sich vier Krankensäle, zwei an jeder Längsseite; dieselben werden durch Fenster, welche sich nach auſsen öffnen, ventiliert und gehen auf Korridore, welche Licht und Luft aus 4 groſsen Höfen erhalten, die im Innern des Rechteckes liegen. Auſserdem existiert ein eignes Waschzimmer mit marmornem Tisch zu 12 Becken, und zwei Baderäume mit je 4 Wannen. Die Latrinen verfügen über reichliche Wassermengen und werden durch ein Spülsystem rein gehalten.

In dem Raum, welcher zwischen den Krankensälen einerseits und den Höfen anderseits übrig bleibt, befindet sich das Eſszimmer für die männlichen Kranken, eine Schule, welche für geeignete Patienten dient, sowie Eſs- und Schlafzimmer der Angestellten. An der linken Seite des Gebäudes und mit diesem durch einen gedeckten Gang verbunden befindet sich eine geräumige und luftige Küche.

In der obern, für die Frauen bestimmten Etage befinden sich an Stelle der Säle kleinere Zimmer — 22 an jeder Längseite —, welche Luft und Licht teils von auſsen, teils von den

schon erwähnten Höfen erhalten. Dieselben werden durch Räumlichkeiten getrennt, welche als Kapelle, als Schul- und Speisezimmer für die Frauen und als Versammlungslokal für die Verwaltung dienen; aufserdem befinden sich auf demselben Flur die schon erwähnten Dependenzen ebenfalls, so dafs der Betrieb mit vollständiger Scheidung der beiden Geschlechter durchgeführt werden kann.

In dem um das Haus gelegenen, mit Blumen und Bäumen angepflanzten Garten befindet sich ein gut gespeistes Wasserreservoir und ein Waschhaus, wo sämtliche Wäsche des Spitals von ständig angestellten Wäscherinnen gereinigt wird; in einiger Entfernung befindet sich eine hübsche kleine, in gotischem Stile erbaute Kapelle mit Sektionsraum.

Die Einkünfte des Spitals bestehen aufser den Zinsen eines in Staatsschuldscheinen angelegten Kapitales und dem Staatsbeitrage aus dem Ertrage der ihm gehörigen Liegenschaften; doch würden diese nicht ausreichen, wenn die fehlenden Summen nicht durch freiwillige Beiträge gedeckt würden.

Früher waren die Absonderungsmafsregeln sehr strenge, und alle Aussätzigen waren gezwungen, sich aufnehmen zu lassen, wenn sie nicht nachweislich über genügende Mittel verfügten, um sich im eignen Hause zu verpflegen. Nach und nach erschlafften diese strengen Mafsregeln, und wenn auch nicht jeder Zwang aufgehört hat, so wurde doch die Isolierung nicht mehr so strenge durchgeführt, und man sieht nicht selten Lepröse in den Strafsen betteln. Glücklicherweise sind es wenige, denn diese Krankheit scheint in Rio abgenommen zu haben, da in den Berichten früherer Autoren die Hauptstadt als ein Aussatzherd angeführt wurde.

Eine Statistik über die Zahl der Leprösen in Rio existiert nicht und würde auch schwer zu erhalten sein, da diejenigen, welche über einige Mittel verfügen, sich zum gröfsten Teile im eignen Hause abschliefsen, und nur wenige, welche um ihre Existenz sorgen müssen, sich öffentlich blicken lassen. Doch läfst sich die Zahl der Kranken in der Stadt auf 120 bis 150 schätzen, ungerechnet die 46 im Spital befindlichen. In manchen Munizipien der Provinz Rio herrscht die Krankheit mehr als in

den andern, doch nirgends so sehr, wie in einigen der Provinz Minas und São Paulo.

In den beiden letzten Provinzen existieren kleine Spitäler, aber so bescheidener Art, dafs sie eher den Titel von Herbergen verdienen, in welchen die Kranken temporäre Zuflucht finden oder ihre Tage beschliefsen können. Auch in andern Provinzen gibt es Leproserien, welche fast alle Dependenzen andrer dort befindlicher Wohlthätigkeitsanstalten sind.

Die Krankenfrequenz des Hospitales vom Januar 1872 bis zum August 1886 belief sich auf 230, von diesen stammen 128 teils aus dem Munizip[1], teils aus der Provinz Rio de Janeiro, 42 aus der Provinz São Paulo, 30 aus Minas, 8 aus Espirito Santo, 6 aus Maranão, 4 aus Sergipe, 3 von Rio Grande, 3 von Santa Catarina, 3 von Bahia, 2 von Pará und 1 von Cará. Der Nationalität nach waren es: Brasilianer 162, Portugiesen 40, Afrikaner (d. h. importierte Neger) 22, Deutsche 4, Italiener 1, Spanier 1; zusammen 230; davon waren 154 männlichen und 76 weiblichen Geschlechts. Auf die weifse Rasse kamen 55, auf die schwarze 39, die übrigen 58 waren Mischlinge.

Dem Alter nach verteilten sich die Kranken auf die verschiedenen Stufen von 8 bis zu 80 Jahren; die jüngsten waren 2 von 8, 4 von 10 und 8 von 12 Jahren. Der gröfste Teil der Aufgenommenen stand zwischen 20 und 40, doch kommt es auch nicht selten vor, dafs frisch Befallene von 50 Jahren und darüber das Asyl aufsuchen.

Die Dauer der Krankheit variiert nach der vorliegenden Form; dabei ist zu bemerken, dafs die anästhetische Lepra das Leben der Kranken weniger direkt gefährdet, dafs man aber bei derselben die Verstümmelung und Schrumpfung der Finger am häufigsten beobachtet.

Einer der Insassen, ein afrikanischer Neger, Namens Crispin, der die Symptome der anästhetischen Form darbot (Verstümmelung einiger Fingerphalangen, Verlust einiger Zehen, tiefgehende

[1] Der Stadtbezirk Rio de Janeiro heifst neutrales Munizip und besitzt eigne Verwaltung; er gehört keiner Provinz an. Die Hauptstadt der Provinz Rio heifst Nictheroy und ist von Rio de Janeiro durch einen Meeresarm getrennt. (Anm. des Übers.)

Veränderungen mit Verlust des Sehvermögens am rechten Auge), starb im Alter von 105 Jahren, von denen er 65 Jahre im Hospital in Rio verlebt hatte. Eine Schwarze von 70 Jahren, ebenfalls aus Afrika stammend und mit Lepra anaesthetica behaftet, befindet sich noch jetzt im Spital; bei dieser scheint die Krankheit zum Stillstand gekommen zu sein, da ihr Allgemeinzustand sehr befriedigend ist. Auch eine Portugiesin mit Lepra anaesthetica befindet sich schon 32 Jahre im Spital. Noch andre Fälle von langer Dauer wurden beobachtet; sie betrafen aber fast alle die anästhetische Form. Die Lepra tuberosa zeigt durchschnittlich einen rascheren Verlauf, der zwischen 8 und 10 Jahren schwankt, wenn nicht ein akuter Zwischenfall, ein Entzündungs- oder Degenerationsprozefs in den inneren Organen auftritt, oder die Krankheit eine akute, galloppierende Form annimmt, wie dies zuweilen vorkommt.

Eine Kombination beider Formen ist nicht selten, und die Dauer der Krankheit richtet sich in solchen Fällen nach dem Vorwiegen des einen oder andren Prozesses.

In der grofsen Mehrzahl der Fälle haben die aufgenommenen Patienten nichts anzuführen, was für die Vererbung der Krankheit spricht und keine Familienantezedentien, von denen man einen direkten Einfluſs voraussetzen könnte. Gerade über diesen Punkt wurden die Patienten, die meist den wenig vermögenden Klassen angehören, stets mit besonderer Sorgfalt befragt; es ergab sich nur in wenig Fällen ein gleichzeitiges Befallensein mehrerer Familienglieder, und die isolierten Erkrankungen sind weit häufiger. Die einzigen Fälle, bei denen die Heredität in Anschlag zu bringen ist, mögen hier angeführt werden.

Im ersten Falle handelt es sich um eine Familie, die aus Mutter, Tochter und zwei Söhnen bestand, lauter Mischlingen von weifser und schwarzer Rasse. Die Mutter zeigte die anästhetische, die Kinder sämtlich die tuberkulöse Krankheitsform; während die Mutter noch lebt, sind die Kinder schon gestorben und zwar sämtlich an Lungenaffektionen.

Der zweite Fall betrifft die schon erwähnte Portugiesin, welche 32 Jahre im Spital zugebracht hat. Dieselbe ist 45 Jahre alt, Tochter einer Leprösen, leidet selbst an der anästhetischen

Form und gibt an, in Rio Grande einen Bruder und einige Neffen zu haben, welche sämtlich aussätzig sind, ferner einen Onkel in São Paulo und einen Bruder in der Stadt Macahi, die an derselben Krankheit leiden, obwohl sie an sehr verschiedenen Punkten wohnen und nie miteinander gelebt haben.

Als dritter Fall sei eine schon verstorbene Frau erwähnt, Tochter gesunder deutscher Eltern. Vor Beginn ihrer Krankheit heiratete sie und gebar in erster Ehe einen Sohn, der mit sechs Jahren leprös wurde. Nach dem Tode des ersten Mannes verheiratete sie sich mit einem tuberkulösen Chinesen; zwei Jahre nachher wurde sie aussätzig und gebar einen Sohn, den sie selbst stillte. Dieser Knabe ist seit dem sechsten Jahre ebenfalls leprös und wurde mit acht Jahren aufgenommen.

Der vierte Fall betrifft eine Frau aus gesunder Familie, welche sechs Kinder gebar, von denen 4 an Lepra leiden. Dieselbe zeigte vor der vierten Schwangerschaft keine Symptome der Krankheit, obgleich schon zwei der Söhne aussätzig waren. Während derselben traten deutliche Erscheinungen von Lepra auf, und der Knabe, den sie gebar und selbst säugte, zeigte nach 14 Monaten dieselbe Krankheit. [Es ist dies das einzige, dem Verfasser bekannt gewordene Beispiel von einem so frühzeitigen Auftreten der Krankheit.] Zwei der Kinder befinden sich im Spital und zeigen die tuberöse Form; die Mutter dagegen und die beiden andern kranken Kinder wohnen mit den zwei gesunden zusammen in einer Privatwohnung.

Als fünfter Fall ist eine aussätzige Frau anzuführen, welche mit einem ebenfalls leprösen Sohne im Spital erschien; in der Familie waren keine Lepraantezedentien erweislich.

Der sechste Fall endlich ist der einer eingeborenen Schwarzen, aus der Provinz Minas, welche mit einem 3jährigen gesunden Knaben in das Asyl kam. Derselbe wurde nach einem Erziehungsinstitut geschickt, da er nicht im Spital aufgenommen werden konnte. Nach 5 Jahren traten bei diesem Kinde Erscheinungen von Lepra auf, an welcher es jetzt noch leidet.

Es sind dieses die wenigen, im Spital beobachteten Falle, bei welchen eine Vererbung in Frage kommen kann. Bei allen andern Spitalpatienten, die unter der Pflege des Verfassers stan-

den, ergaben die diesbezüglichen Nachforschungen ein negatives Resultat.

Zum Schlusse dieser Mitteilung sei noch gesagt, dafs auf den wohlthätigen Einfluſs hygieinischer Verpflegung besonders gerechnet und dieselbe auch möglichst befördert wird. Die Kranken erhalten ihrem Zustande angemessene Beköstigung, und es stehen ihnen Gärten zur Verfügung, in denen sie spazieren oder sich auch zu ihrem Vergnügen mit Gartenbau beschäftigen können. Wie erwähnt, finden regelmäfsig Unterrichtsstunden statt. Auch können die Kranken Besuch von Verwandten und Fremden empfangen, ohne indes selbst die Anstalt verlassen zu dürfen. Letztere Maſsregel ist weder ungerecht noch grausam, sondern auf die Erfahrung begründet, dafs in allen Lepraländern die Krankheit nur durch die Isolierung der Befallenen für die übrige Bevölkerung unschädlich geworden ist.

Über das Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel.

Von

Dr. M. Joseph und Dr. C. Wurster

in Berlin.

(Aus dem physiologischen Institute der Universität.)

In einem kleinen Beitrage zur Theorie der Färbung empfahl vor kurzem der Herausgeber dieser Monatshefte (d. Bl. No. 2. 1887) das Metaphenylendiamin* als Kernfärbemittel. Durch dasselbe sollte in Hautschnitten eine sehr reine Kernfärbung erzielt

* Anm. d. Red. Die vorliegende Arbeit gibt mir zu folgenden Korrekturen und Erläuterungen meiner eignen Arbeit Anlafs. Ich habe mich nicht wie Joseph und Wurster der Farbbase, sondern des salzsauren Salzes derselben bedient, nannte — wie es in der Farbentechnik allgemein gebräuchlich — diesen Farbstoff jedoch kurzweg: Metaphenylendiamin nach dem färbenden Prinzip desselben. Daher die Differenzen in der Beschreibung des Farbstoffes. Ob damit die Differenzen in den Färbungsresultaten zugleich erklärt sind, müssen weitere Versuche lehren. Ich hatte unrecht, das von mir gebrauchte Farbsalz für „unveränderlich" zu erklären, denn es färbt sich — allerdings sehr langsam —, wie ich seither beobachtet, mit der Zeit dunkler. Dagegen mufs ich nach neuerdings vorgenommenen Kontrollversuchen daran festhalten, dafs das salzsaure Metapheny-

werden, während die Hornschicht, die kollagene und elastische Substanz ungefärbt blieben.

Erwiese sich die UNNAsche Beobachtung als vollkommen zutreffend, so hätte sie vom biologischen Standpunkte aus für die Zelltheorie eine fundamentale Bedeutung beanspruchen dürfen.

Das Metaphenylendiamin ist eine farblose Base, welche erst durch Oxydationsvorgänge in gelbe und braune Farbstoffe übergeht. Färbt das Metaphenylendiamin die Zellkerne braun, so wäre der Schluſs berechtigt, daſs dem Zellkerne noch stark oxydierende Wirkungen zukämen, wie dies der eine von uns jüngst für das lebende Protoplasma nachgewiesen.

Das lebende Protoplasma oxydiert bei Luftzutritt das Dimethyl- und das Tetramethylparaphenylendiamin zu roten, violetten und blauen Farbstoffen. Sehr prägnant tritt dies bei dem Muskelprotoplasma und den Leberzellen ein. Die Färbung entspricht der Einwirkung eines Sauerstoffatoms. In andern Organen, z. B. den Drüsen des Darmtraktus, und in der Lunge verbrennt das Protoplasma die methylierten Paraphenylendiamine durch Einwirkung von sieben Sauerstoffatomen zu farblosen, nicht mehr durch Oxydationsmittel färbbaren Verbindungen, ohne daſs die gefärbten Produkte vorher entstehen würden.[1]

Unsre Hoffnung, das Metaphenylendiamin für den Nachweis der aktivierenden Eigenschaften des Zellkernes benutzen zu können, wie dies aus der Publikation von UNNA hervorzugehen schien, hat sich nicht erfüllt.

Herr Dr. SCHUCHARDT in Görlitz sandte uns ein im Wasserstoffstrome destilliertes Metaphenylendiamin, welches nahezu farblos, beim Zerreiben ein farbloses Pulver ist und mit Wasser eine

---

lendiamin ein vorzügliches, reines Kernfärbungsmittel ist, welches in seinem gefärbten Zustande, d. i. an der Luft mehr oder weniger oxydiert und in konzentrierter wässeriger Lösung die Kerne ebensowohl in frischem Gewebe wie in solchem fast augenblicklich färbt, welches in Alkohol, Salpetersäure, Osmiumsäure oder FLEMMINGscher Lösung fixiert wurde. Alte oxydierte, fast schwarze Lösungen färben ebenso vorzüglich und geben mit ein paar Tropfen der $NaNO_2$-Lösung noch eine schöne klare, von Niederschlägen freie Vesuvinlösung. UNNA.

[1] C. WURSTER. *Berichte der Deutsch. Chem. Gesellschaft.* XIX. pag. 3195, XX. pag. 256, und *Verhandlg. der physiol. Gesellschaft zu Berlin.* 1886—87. 1—4. — GAD. Ibid. No. 5.

grünliche Lösung gibt. Durch Tierkohle kann die wässerige Lösung ganz entfärbt werden.

Unsre Bemühungen, mit dieser grünen Farbstofflösung in frischen Hautschnitten eine Kernfärbung zu erzielen, schlugen vollkommen fehl.

Alle Forscher, welche mit dem Metaphenylendiamin gearbeitet, beschreiben dasselbe als einen äufserst zersetzlichen Körper, besonders so lange die Base noch nicht vollständig rein ist. So hatte der eine von uns die gröfste Mühe, das Metaphenylendiamin, welches er aus Dinitrotoluol gewann[2], in den festen Zustand überzuführen, da der Körper erst erstarrte, nachdem ein Kristallstäubchen festen Metaphenylendiamins, welches von Prof. Zinke herrührte, in die Base gebracht wurde. Von diesem Momente an erstarrte jedes reine Metaphenylendiamin im Laboratorium und wurde aus der Diamidobenzoësäure bei der Destillation sofort in farblosen Kristallen erhalten.[3]

Auch der Entdecker des Metaphenylendiamins, Prof. A. W. Hofmann, beschreibt dasselbe in einer späteren Arbeit[4] als eine farblose kristallisierte Masse, welche an der Luft bald braun wird.

Hingegen ist das methylierte Metaphenylendiamin äufserst luftbeständig und widerstandsfähig gegen Oxydationsmittel, wie Wurster und Morley[5] dies nachgewiesen.

Unna beschreibt nun (l. c.) das farblose, nicht färbende, unbeständige Metaphenylendiamin als ein graubläuliches, unveränderliches Pulver, dessen Lösung allmählich durch Oxydation und Bildung harzartiger Niederschläge verdirbt. Es scheint demnach Unna nur ein schon zersetztes, oxydiertes Metaphenylendiamin vor sich gehabt und mit einem solchen Produkte gearbeitet zu haben.

Für eine Kontrolle der Unnaschen Beobachtungen war uns zunächst keine Handhabe geboten, ob frische oder vorher gehärtete Hautschnitte zu den Färbungen verwendet waren. Wie

---

[2] C. Wurster. *Ber. der Deutsch. Chem. Gesellsch.* VII. pag. 149.
[3] Id. und G. Ambühl. Ibid. pag. 213.
[4] Ibid. VII. pag. 813.
[5] Ibid. XII. pag. 1814.

sich aber später ergeben wird, war die Vorbereitungsmethode gerade für das Gelingen der Färbung eine wesentliche Bedingung.

Als ein Hauptresultat ergab sich uns nun vorerst, dafs in frischen Hautschnitten weder das reine noch das oxydierte Metaphenylendiamin eine Kernfärbung erzeugte. Legten wir frische (Gefrier-Mikrotom) Schnitte von dem Kaninchenohre auf ½—24 ja 48 Stunden, sei es in die frische grüne oder in die schon oxydierte braune Lösung des Farbstoffes, so zeigte sich nach dem Auswaschen wohl eine diffuse grüne resp. braune Tinktion, aber keine Spur einer distinkten Kernfärbung,

Legten wir dagegen frische Hautschnitte, bevor sie auf 24 Stunden mit der grünen Farbstofflösung in Berührung kamen, auf die gleiche Zeit in Chromsäure und wässerten sie dann gut aus, so präsentierten sich die Kerne in tiefschwarzer Tinktion. Zugleich befanden sich aber in dem Gewebe so reichliche Niederschläge, dafs diese Kernfärbemethode für die mikroskopische Technik wertlos ist.

Ein ganz andres Resultat erzielten wir mit der Färbung von Schnitten eines Ulcus durum, welches 24 Stunden in Müller-scher Flüssigkeit konserviert und nach dem Auswässern längere Zeit (2 Monate) in Alkohol gehärtet war.

Hier bewirkte bereits die frische, grüne Metaphenylendiaminlösung eine sehr distinkte Kernfärbung, welche in gleicher Weise bei Behandlung mit dem oxydierten Farbstoffe stattfand, nur dafs im ersteren Falle die Kerne grün, im letzteren braun erschienen.

Die vorher schon bei Gelegenheit der Färbung frischer Hautschnitte beschriebene Schwarzfärbung der Kerne trat in den Schnitten des Ulcus durum ebenfalls sehr deutlich hervor, wenn wir dieselben vor der Berührung mit der Färbeflüssigkeit auf 24 Stunden in Chromsäure legten. Dagegen wurden die Kerne nicht geschwärzt, wenn die Schnitte erst in die Färbeflüssigkeit und dann in die Chromsäure kamen. Alsdann blieben die Kerne noch deutlich braun gefärbt.

Die im Anschlusse hieran mit Phenylenbraun versuchte Färbung ergab uns eine wundervolle sehr distinkte Rotbraunfärbung der Kerne.

Es gelang uns also, die von UNNA beschriebene braune Färbung der Kerne nur dann zu erzielen, wenn wir das Phenylendiamin vor dem Färben oxydierten oder die Objekte etwa in MÜLLERscher Flüssigkeit resp. Chromsäure konservierten. Das Resultat war das gleiche, wenn die mit Metaphenylendiamin getränkten Hautschnitte auf längere Zeit in Chromsäure oder chromsaures Kali eingelegt wurden. In gleicher Weise wirkt Celloidin (nitrierte Baumwolle) auf die freie Base oxydierend oder Vesuvin bildend.

Nimmt man oxydiertes Phenylendiamin, so kann man also unter Umständen eine braune Färbung der Kerne erhalten.

Welche Bestandteile in dem zersetzten Metaphenylendiamin vorhanden sind, ist bis jetzt noch nicht nachgewiesen. Es dürften dieselben jedoch nahe verwandt sein mit den gelben und braunen Farbstoffen, welche durch Oxydation aus dem Metaphenylendiamin erhalten werden und seit längerer Zeit bereits unter verschiedenen Namen als Kernfärbemittel benutzt worden sind.

Jedenfalls erscheint es sicherer, zur Kernfärbung einen wirklichen Farbstoff wie das Phenylenbraun, das Vesuvin, Bismarckbraun u. s. w. zu benutzen, an Stelle eines nicht definierbaren Gemenges von Substanzen, wie es das mehr oder minder zersetzte oxydierte Phenylendiamin darstellt.

Soll Vesuvin d. h. Triamidoazobenzol auf der Faser direkt erzeugt werden, so ist ein Zusatz von reinem Metaphenylendiamin zu einem Phenylenfarbstoff jedenfalls dem in seiner Zusammensetzung unbekannten, zersetzten Metaphenylendiamin vorzuziehen.

Nachdem UNNA auf das Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel hingewiesen, soll diese Veröffentlichung bezwecken, die Umstände klarzulegen, unter welchen diese Kernfärbung eintritt oder nicht.

Berlin, den 25. Februar 1887.

Neuere Arbeiten über das Vaccinekontagium und über Impftechnik.

Von

Dr. M. Piza

in Hamburg.

Nachdem es den unausgesetzten Bemühungen unsrer hervorragenden Impfärzte[1] um die Vervollkommnung der animalen Vaccination gelungen war, einen der humanisierten Vaccine an Wirksamkeit fast um nichts nachstehenden Impfstoff am Kalbe zu züchten und konservierbar zu machen, stellte sich in der jüngsten Zeit eine Reihe von Forschern die Aufgabe, den wirksamen Stoff der Vaccine zu isolieren und ihn unabhängig vom tierischen Organismus fortzuzüchten. Die ersten Versuche in dieser Richtung sind von Koch und Feiler[2] bekanntgegeben, dieselben wurden mit humanisierter Lymphe angestellt, wobei sich auf den Kulturen zwei, durch Gröfse, Form, Gruppierung und Farbstoffaufnahme verschiedene Pilzarten entwickelten. Auf Kälber überimpft, erzeugten diese Mikrokokken weiter impfbare Pusteln mit kurzem Verlaufe; auch an Menschen erzeugten sie flache Pusteln mit geringem Halo, ohne Nabel und Knotenform, welche schon nach zweimal 24 Stunden abtrockneten und am 6. Tage den Schorf abstiefsen, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Koch und Feiler erkennen in diesen Pilzen wohl ein offensives Agens, auf welches der Tierkörper reagiert, nicht aber das gesuchte Impfkontagium; isoliert und gänzlich aus der organischen Verbindung losgelöst, vermochten dieselben weder eine Pocke zu erzeugen, noch Immunität zu verleihen. Das von Quist[3] veröffentlichte Verfahren zur künstlichen Züchtung des Kuhpockenstoffes ist keine Züchtung des Vaccinekontagiums in Reinkulturen, sondern nur eine fortgesetzte Verdünnung des Kuhpockenstoffes mittels verschiedener Arten von Nährflüssigkeiten. Beachtenswerter sind die Versuche Bareggis[4], welcher aus Variolalymphe

[1] In erster Linie Pfeiffer (Weimar), Risel (Halle), Voigt (Hamburg).

[2] *Deutsche Med. Wochenschrift.* 1883. No. 34.

[3] *St. Petersburger Med. Wochenschrift.* 1883. No. 46, und *Berliner klin. Wochenschrift.* 1883. No. 52.

[4] *Gazzetta medica Italiana Lombardia.* 1883. No. 46—52.

und Vaccine gröfsere und kleinere Pilze züchtete. Impfungen mit den kleineren Pilzen am Menschen ergaben teilweise Erfolge; in zwei Fällen wurde der Erfolg durch das Fehlschlagen der Probeimpfung bestätigt; auch Bareggi scheint nicht mit wirklichen Reinkulturen gearbeitet zu haben. Die jüngste von J. Dougall[5] veröffentlichte Versuchsreihe zur Entdeckung künstlicher Lymphe ist gänzlich wertlos; D. arbeitete mit zumeist willkürlich kombinierten Nährflüssigkeiten, in welche er Schwämmchen oder kleine Bündel Schafwolle, Bimsstein und andres, mit Lymphe getränktes Material unter Zutritt der Luft eintauchte. Weil auch die sterilisierten Nährflüssigkeiten Ds. negative Resultate ergaben, ist er geneigt anzunehmen, dafs das Gedeihen des Vaccinekokkus von der Gegenwart einiger „impurities" im Nährboden bedingt sein könne; D. gelangt selbst zu dem Schlusse, dafs seine künstliche Lymphe nur verdünnte natürliche Lymphe sei.

Einem wesentlichen Fortschritte begegnen wir erst in L. Voigts[6] Untersuchungen über die Wirkung der Vaccinemikrokokken, die eine nähere Berücksichtigung verdienen. Voigts Untersuchungen schliefsen sich an die Koch-Feilerschen an und sind nach der Methode des Reichsgesundheits-Amtes und mit der dort üblichen Nährgelatine bei Zimmertemperatur angestellt worden. Aus allen Sorten Impflymphe[7] und der Variolalymphe liefsen sich kleine grauweifs gefärbte Kokken züchten, welche die Nährgelatine nicht verflüssigen. Fast konstant liefsen sich aus der Vaccine noch zwei andre Kokkenarten isoliert darstellen, 1. blafsgrüne Kolonien grofser Kokken und 2. graugelbliche Kolonien kleiner Kokken, diese beiden Kokkenarten verflüssigen die Gelatine. Die grofsen Kokken finden sich nicht konstant, können also wohl nicht Träger des Vaccinekontagiums sein; die Gelatinekulturen der verflüssigenden kleinen Kokken erwiesen sich an 3 Kälbern (Nr. 1, 3 und 13) als nicht überimpfbar, wohl aber erzeugte eine Blutserumkultur derselben, welche am Kalb 13 auf 4 Impfstellen

---

[5] Voigt verwendete zunächst unvermischte humanisierte Lymphe, ferner animale Vaccine in Glycerinemulsion, später unvermischte animale Vaccine.

[6] John Dougall, The artificial Cultivation of Vaccine Lymph. *Glasgow Med. Journal* 1886. VI. 1887. I. II.

[7] Voigt, Untersuchungen über die Wirkung der Vaccinemikrokokken. *Deutsche Med. Wochenschrift.* 1885. No. 52.

appliziert ward, 2 gelbe Knoten, welche am 7. Tage nach der Impfung deutlich hervorragten, am 9. Tage noch gröfser und dunkler wurden, sich später mit Borken bedeckten und einsanken. Eine am 7. Tage vorgenommene Kontrollimpfung ergab, dafs das Kalb immun geworden war.

Zu beachtungswerten Resultaten führten die Versuche mit den kleinen, die Gelatine nicht verflüssigenden Kokken, welche VOIGT Vaccinekokken nennt. Mit einer 4 Wochen alten Reinkultur derselben ward Kalb 2 geimpft. Nach 5 mal 24 Stunden hatten sich in der Nähe der fast unsichtbar gewordenen Impfschnitte 3 kleine Knötchen mit eiterigem Inhalte entwickelt, denen eine Probe zu neuer Reinkultur entnommen ward. Die Knötchen vergröfserten sich am 10. Tag bis zu 1 cm Durchmesser und waren am 15. Tage mit dunklen Borken bedeckt. Die am 10. Tage vorgenommene Kontrollvaccination schlug absolut fehl; die Reinkultur wirkte also positiv.

Aus dem von Kalb 2 gewonnenen Knötcheninhalt wurden die oben beschriebenen 3 Kokkenarten gezüchtet und die Vaccinekokken am Kalb 4, mit demselben Erfolge wie am Kalb 2, verimpft; auch hier traten die Knötchen in der Nähe der Impfschnitte auf. Direkt mit dem Inhalte derselben ward nach zwei Tagen Kalb 5 geimpft, bei welchem wieder in der Nähe der Impfschnitte ebensolche Knötchen entstanden; aufserdem aber entwickelte sich mit leichtem Fieber ein sekundäres Exanthem, welches an beiden Glutäalbacken symmetrisch safs und von VOIGT als generalisierte Vaccine erkannt ward. (Ein derartiger generalisierter Ausschlag ist beim Rinde bisher nur nach Ansteckung mit Blatternstoff beobachtet worden. PFEIFFER, *Vaccination*. pag. 12.) Eine Kontrollimpfung mit ausgesucht kräftiger Vaccine schlug gänzlich fehl. Kalb 6 wurde direkt mit dem Inhalte der Exanthemknoten von Kalb 5 mittels 10 Schnitten geimpft, woraus sich ebenso viele saftreiche Vaccinepusteln entwickelten, die noch 7 mal 24 Stunden post. vacc. nicht eiterig waren, ein Verhalten, welches an dasjenige der Variolavaccinepusteln erster Generation erinnert; auch bei diesem Kalbe schlug die Kontrollimpfung fehl. Kalb 7 wurde mit dem Inhalte der fünf Tage alten Vaccinepusteln vom Kalb 5 mit vortrefflichem Erfolge geimpft. Mit

der Lymphe von Kalb 7 wurden 3 Kinder geimpft; alle drei reagierten sehr stark; es bildeten sich hier und da Vaccinepocken am Körper, von welchen einige furunkulös wurden. Alle 3 Impflinge erwiesen sich gegen eine zweite Impfung völlig immun. Am Menschen ist nach dieser starken Wirkung die Lymphe vom Kalb 6 und 7 nicht wieder versucht worden, wohl aber hat diese als Glycerinemulsion konservierte Lymphe wiederholt zur Impfung der Kälber gedient, so dafs die in Hamburg noch jetzt zur Anwendung gelangende Impflymphe durch die beiden Reinkulturen hindurch gegangen ist. Bei den weiteren Versuchen mit Vaccinekokkenkulturen zeigt sich, dafs dieselben mit abnehmender Frische auch an Infektionskraft verlieren. Die 3. und 4. Generation der 17 resp. 24 Wochen lang in Nährgelatine gezüchteten Vaccinekokken wurden am Kalbe ohne jegliche Reaktion verimpft, auch schlug die Kontrollimpfung gut an. Die 15 Wochen alte Vaccinekokkenkultur wurde auch einmal, aber erfolglos, auf ein Kind verimpft, bei dem die 11 Tage später vorgenommene Vaccination erfolgreich war. VOIGT meint, dafs er mit einer etwa 3 Wochen alten Kultur das Kind immun gemacht haben würde, er fühlte sich aber dazu aus Furcht vor allzu starker Reaktion nicht für berechtigt.

Wenngleich obige Versuche VOIGT keine praktische Methode zur regelmäfsigen Gewinnung einer vom tierischen Organismus unabhängigen Impflymphe lieferten, so gelang es ihm doch, aus der animalen Lymphe einen Impfstoff herzuleiten, welcher Kälber gegen Vaccinewirkung immun macht und an denselben Knoten erzeugt, deren Inhalt eine fortzüchtbare Lymphe war. Aufserdem lieferte die generalisierte Vaccine des Kalbes 5 einen kräftigen Impfstoff, welcher noch heute in Hamburg fortgezüchtet und verimpft wird.

In den *Archives mensuelles de Médecine et Chirurgie pratiques*, publ. par le Dr. STOCQUART (Brüssel) Nr. 2. 1886 berichtet der Herausgeber über eine Reihe von Untersuchungen, welche WARLOMONT und HUGUES über den Ursprung der Vaccine ausgeführt haben. Sie haben zunächst an Pferden operiert und 1. 5 derselben Variolalymphe einfach eingeimpft, ohne örtlichen oder sonstigen Erfolg zu sehen; 2. ist 4 Pferden die Variolalymphe auf dem intravenösen Wege beigebracht worden. Bei

zwei Pferden war die Injektion in eine Vene des Vorderfufses gemacht und entwickelte sich 15 Tage später ein generalisierter papulöser Ausschlag; 3. wurden 3 Pferde ohne Erfolg subkutan geimpft; 4. wurde zweimal der Nahrung Pockenstoff beigemengt und 5. bei 6 Pferden Pockenstoff in die Respirationswege gebracht, ohne dafs dieses Vorgehen einen Erfolg aufwies. Hugues und Warlomont kommen zu dem Schlusse, dafs der Organismus des Pferdes für die Aufnahme des Variolagiftes, in welcher Form und auf welchem Wege ihm dasselbe auch beigebracht werde, schlecht geeignet ist.

Das Gebiet der Impftechnik wurde in jüngster Zeit nur durch eine gröfsere Arbeit bereichert; Freund[8] hat seit dem Jahre 1878 während der Sommermonate an 8 bis 12 Tieren animale Lymphe gezüchtet und benutzt die hierbei gewonnenen Erfahrungen zum Ausgangspunkte einer kritischen Übersicht über den Entwickelungsgang der animalen Vaccination, vornehmlich in Deutschland. In gründlichster Weise werden die Fortschritte in der Züchtung und Konservierung der animalen Lymphe verfolgt, und empfiehlt Freund in Übereinstimmung mit unsern erfahrensten Impfärzten die von ihm seit drei Jahren erfolgreich benützte Glycerinemulsion.[9] Eine eingehende Würdigung finden die bekannten Versuche L. Voigts, welche auf die Züchtung eines neuen Cowpoxstammes hinzielen. Während Voigt wegen der in der Hamburger Staats-Impfanstalt beobachteten allmählichen Depotenzierung des Beaugency-Stammes eine von Zeit zu Zeit zu wiederholende Auffrischung des Impfstoffes durch Züchtung junger Variolavaccine befürwortet, erkennt Freund dieses Bedürfnis nicht an; er sucht die Ursachen der abnehmenden Wirkung aufserhalb der Lymphe, insbesondere in der Verwendung ungeeigneter Impftiere, sowie in ungünstigen Witterungsverhältnissen und Ernährungsstörungen der Tiere. Als Beweise hierfür gelten ihm die von Voigt beobachtete Degeneration der Pusteln — das frühe Eiterigwerden, wie es auf Revaccinanden gewöhnlich ist —,

[8] M. B. Freund, *Die animale Vaccination in ihrer technischen Entwickelung und die Antiseptik der Impfung.* Breslau 1887.

[9] Wesches Methode zur Herstellung der Glycerinemulsion siehe *Allg. Medic. Central-Zeitung.* 1886. No. 33 und 34.

ebenso das gute Gedeihen der 6- und 7tägigen Variolavaccine bei vorsichtiger Auswahl der Impftiere, vor allem aber die andauernden vorzüglichen Erfolge der animalen Lymphe in den holländischen Anstalten, deren Kälbermaterial das denkbar beste ist. Bezüglich der fortgezüchteten animalen Lymphe gilt FREUND der schon für die humanisierte Lymphe gezogene Schlufs als gerechtfertigt, „dafs das Variolakontagium allerdings auf der Haut auch des Rindes wie Pferdes — je nach der Beschaffenheit des Ausgangsstoffes, des Nährbodens und verschiedener äufserer Umstände, verschieden schnell und verschieden tief — in seiner Energie sinkt, jedoch nach einer verschieden langen Reihe von Generationen ein gewisses Kraftniveau erreicht, auf dem es sich dauernd hält.“ Eine sehr beachtenswerte Neuerung FREUNDS ist die Rückenimpfung der Kälber, welche auch bei störrischen, grofsen Tieren leicht gelingen soll. Die groben Insulte, welchen die Impfschnitte am Bauche der Tiere durch Besudelung mit Kot und Urin, sowie durch Reibung an der Strohunterlage ausgesetzt sind, fallen bei der Rückenimpfung vollständig weg. — Die Impffläche wird über den Hüftbeinkämmen neben der Wirbelsäule angelegt; die Reifung der Pusteln scheint eine langsamere als am Bauche zu sein, sie ist erst nach 5 mal 24 Stunden vollendet.

Bereits seit 1879 plaidiert FREUND für eine strenge Impfantiseptik, in einer zuverlässigen Antiseptik nach chirurgischen Grundsätzen erblickt er mit Recht das einzige Mittel, den Gefahren der mannigfachen Wundinfektion bei der Vaccination zu begegnen. Vor der Impfung desinfiziert er das Impffeld durch Bepinselung mit einer Sublimatätherlösung (1 : 5000) und überstreicht am 6. Tage post vaccinat. das ganze Pustelfeld mit einer Sublimat- oder Jodoform-Kollodiumschicht (1 : 1000). Der Abimpfung geht ein Bepinseln der zu eröffnenden Pusteln mit Sublimatäther voraus; will man Lymphe sammeln, so ist eine Nachpinselung mit reinem Äther oder Alkohol vorzunehmen, um den auf dem Impffelde präzipitierten Sublimat zu entfernen. Die obigen Präventivmafsregeln gegen Wundinfektion sind nur an einer kleinen Reihe von Impflingen erprobt worden, so dafs man aus den bisherigen Erfahrungen nicht schon Schlüsse auf die allgemeine praktische

Verwendbarkeit derselben ziehen kann; jedenfalls aber ermuntern die erzielten Resultate zu weiteren en masse-Versuchen.

Von kleinern Publikationen auf dem Gebiete der Impftechnik sind vornehmlich die nachfolgenden zu erwähnen. PFEIFFER[10] hält bei der zunehmenden Benutzung von Kälbern zur Herstellung von animalem Impfstoffe eine tierärztliche Untersuchung der zur Schlachtung kommenden Tiere vor Abgabe der Lymphe durch den Impfarzt für notwendig. Die Forderung, dafs Kälber, welche nicht alsbald nach der Lymphabnahme geschlachtet werden, bis zur völligen Abstofsung der Impfschorfe, also noch 14 bis 20 Tage, unter tierärztlicher Kontrolle bleiben sollen, hält Ref. für selten durchführbar und zu weitgehend. In seiner Anleitung zu Herstellung und Verwendung der animalen Lymphe[11] bietet PFEIFFER eine treffliche Übersicht über die Entwickelung der Impfmethoden, sowie über das hierzu nötige Instrumentarium, beschreibt die Einrichtung und den Betrieb der öffentlichen Impfinstitute Deutschlands und die gebräuchlichen Lymphkonserven. Als die beste Konservenform gilt auch ihm die zuerst von RISEL-Halle (durch Verdünnung des abgeschabten Pockenbodens mit Glycerinwasser bis zur Konsistenz der offizinellen Sirupe) hergestellte Emulsion.

VOIGT[12] berichtet über die vorzüglichen Erfolge, welche bei der Verwendung der Lymphemulsion zutage treten. Aufserdem plaidiert VOIGT für die Beschränkung der Impfung auf einen Arm, einerseits um dadurch die Möglichkeit der Wundinfektion zu verringern, anderseits um die Beschwerden, welche dem Impfling und seiner Umgebung erwachsen, auf das geringste Mafs zu beschränken. In der Hamburger Staats-Impfanstalt werden alle Impflinge mit 6 Schnitten geimpft, und gelangen daraus durchschnittlich 5 Pusteln zur Entwickelung; VOIGT hält diese Pustelzahl zur Erzielung eines ausreichenden Impfschutzes für genügend. Im Gegensatze hierzu wünscht CHALIBÄUS,

[10] L. PFEIFFER, Über die Notwendigkeit einer tierärztlichen Untersuchung der Impfkälber. *Correspondenz-Blätter des Allg. ärztlichen Vereins von Thüringen.* 1886. No. 10.

[11] L. PFEIFFER, *Anleitung zur Herstellung und Verwendung der animalen Lymphe.*

[12] L. VOIGT, Erfahrungen bei Verimpfung animaler Vaccine in der Form der Glycerinemulsion. *Berliner klin. Wochenschrift.* 1886. No. 31.

welcher die Nachteile der Zweiarmimpfung nicht zugibt[13], im Interesse einer andauernden Immunität gegen das Pockengift, mehr als 6 Pusteln zu erzielen; er verteilt acht Impfschnitte auf beide Arme, um die Gefahr einer stärkern Reaktion, welche das nahe Beisammenstehen so vieler Pusteln bewirken würde, zu vermeiden.

Zur Behandlung des chronischen Trippers.

Von

Dr. Richard von Planner,

em. Assistent an der dermatologischen Klinik in Graz.

Mit 2 Abbildungen.

a. Zum Gebrauche der Unnaschen Sonden.

Im Juliheft 1886 dieser Zeitschrift bemerkt Dr. J. Appel mit vollem Rechte, dafs für die Behandlung chronischer Gonorrhöe seit Unnas Veröffentlichung seiner mechanisch-chemischen Behandlungsweise[1] eine neue Ära angebrochen sei. Dieselbe mufste mit um so gröfserer Genugthuung begrüfst werden, als sich bisher auch nicht eine der unzähligen empfohlenen Methoden in der Praxis dauernd einzubürgern vermochte. Dafs Unna mit seiner Methode einen wesentlichen Fortschritt geleistet und mit dem von ihm hierbei aufgestellten Prinzipe das Richtige getroffen hat, beweist der Umstand, dafs sich in verhältnismäfsig kurzer Zeit viele Praktiker durch den unverkennbaren Erfolg ermutigt fanden, den von Unna bezeichneten Weg einzuschlagen und seine Methode zu acceptieren sowie an der Vervollkommnung derselben zu arbeiten. So ist dieses Verfahren auch bereits von mehreren Seiten modifiziert worden, und es sei auch mir gestattet, meine Erfahrungen über dasselbe mitzuteilen.

Angewendet wurde dasselbe von mir in 40 Fällen chronischer Urethritis mit ausgesprochen torpidem Charakter. Ich habe mich nicht in allen Fällen der Unnaschen biegsamen Zinnsonden

[13] Chalibäus, Soll man nur auf einen Arm oder auf beide impfen? Ebenda. 1886. No. 36.

[1] Diese Zeitschrift. 1884. No. 11.

bedient, sondern auch Sonden verwendet, die nach der Angabe von CASPER[2] mit 6 Längsrinnen versehen sind, welche mit der Salbenmasse ausgefüllt werden. Was zunächst diese CASPERsche Modifikation betrifft, so glaube ich, dafs dieselbe mehr der theoretischen Erwägung als dem praktischen Bedürfnisse entsprungen ist. Der Schwerpunkt derselben soll darin bestehen, dafs die Salbenmasse an den verengten Stellen der erkrankten Urethralschleimhaut nicht abgestreift werde. Wenn wir uns nun die Thatsache vor Augen halten, dafs wir es ja in der Regel bei chronischer Urethritis nicht mit fertigen Narbenstrikturen, sondern, wie uns dies AUSPITZ[3] auf endoskopischem Wege nachgewiesen, mit weichen, saftreichen elastischen Verdickungen der Schleimhaut zu thun haben, dann werden wir von dem Vorteil, den uns die CASPERschen Sonden gewähren, nur in einzelnen Fällen Gebrauch machen, denselben in solchen Fällen aber keineswegs unterschätzen. Unpraktisch schien es mir, dafs CASPER die Rinnen seiner Sonden schon 5 cm vor dem Ende derselben aufhören liefs, weil man durch diesen Umstand gezwungen ist, die Sonde stets 5 cm tiefer einzuführen, als es eigentlich notwendig wäre. Dafs dies unter Umständen zu einer ganz unnötigen Reizung der Blase oder des Blasenhalses führen kann, ist nicht in Abrede zu stellen. Ich habe daher meine mit Rinnen versehenen Sonden in der Weise angefertigt, dafs die Rinnen bis 1 cm vor das Ende geführt werden, eine Abänderung, die auch TELTZ vorgeschlagen hat. Übrigens kann ich dieser Modifikation keine solche Bedeutung beimessen, wie dies TELTZ gethan hat[4], und möchte dem von TELTZ gemachten Vorschlage, die nach ihm modifizierte Sonde „speziell für solche Fälle, wo eine grofse Reizbarkeit und Entzündlichkeit des hinteren Harnröhrenabschnittes oder eine Cystitis vorliegt" auf das entschiedenste widerraten. Auch im Material der Sonden habe ich mich nicht nach CASPERS Vorschrift gehalten, der dieselben aus Neusilber verfertigen läfst, sondern gefunden, dafs auch zinnerne Sonden,

[2] *Berliner klin. Wochenschrift.* 1885. No. 49. Ref. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1886. pag. 114.

[3] *Vierteljahresschr. für Dermatologie u. Syphilis.* 1879. 1. Heft.

[4] *Berliner klin. Wochenschrift.* 1886. No. 24. Ref. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1886. pag. 377.

die viel leichter herzustellen sind, ihrem Zwecke vollkommen entsprechen.

Wie schon erwähnt, habe ich in der Regel nicht die Casperschen, sondern die Unnaschen Sonden verwendet und mich der ersteren nur in Ausnahmsfällen bedient. Der Erfolg war entschieden viel günstiger, als der früherer Behandlungsmethoden, die in der Einführung dicker Metallsonden, Bepinselungen oder Instillationen mit Lapislösungen, oder in der Applikation von Lapisgelatinestäbchen bestanden. In der Folge bin ich in zwei Punkten von Unnas Vorschrift abgewichen.

Der erste Punkt betrifft die Zeitfolge der Einführungen. Es ist nämlich von Unna empfohlen worden, bei jeder Sitzung 2 Nummern der Charrièreschen Skala einzuführen, die Nummer der vorhergehenden Sitzung und eine nächst höhere. Nun ist bekanntlich jede Sondeneinführung ein Reiz für die Schleimhaut, und zwar besteht nach meinem Dafürhalten der Reiz mehr in dem Akte des Einführens des Instrumentes, wenn dies auch mit noch so ruhiger Hand geschieht, als in dem Verweilen des eingeführten Instrumentes in der Harnröhre. Ich halte es darum für vorteilhafter, jedesmal nur eine einzige, wenn auch etwas stärkere Nummer einzuführen, als durch eine zweite Einführung die bereits gereizte Schleimhaut noch einmal demselben Reize auszusetzen.

Die Thatsache, dafs Sondeneinführungen auf die Schleimhaut einen gewissen Reiz ausüben, und dafs häufige Wiederholungen derselben eine förmliche Urethritis zu erzeugen vermögen, ist genugsam bekannt. Ich erinnere mich eines Patienten, der wegen eines Cystospasmus in meine Behandlung kam; derselbe mufste innerhalb 24 Stunden 40 mal und darüber Urin lassen und wurde deshalb bei einer gleichzeitigen internen Behandlung einer Sondenkur unterzogen. Nach circa 35 Sondierungen kam es zu einem Reizungszustand der Schleimhaut, der in seinen Symptomen mit dem klinischen Bilde chronischer Urethritis vollkommen übereinstimmte: trübes muköses Sekret, zeitweilig nur Verklebtsein der Urethralmündung und zahlreiche Fäden und Flocken im Urin. Noch nach einem Zeitraum von 40 Tagen waren die Urethralfäden im Urin vorhanden, und mufste der Zustand mit adstrin-

gierenden Injektionen behandelt werden. Ich erwähne diesen Fall, um darauf hinzuweisen, dafs wir gerade bei der fortgesetzten Sondenbehandlung des chronischen Trippers einen Zustand hervorrufen können, der mit den Erscheinungen der zu behandelnden Krankheit im wesentlichen übereinstimmt, und dafs es uns nur zu leicht geschehen kann, dafs wir schliefslich nicht mehr unterscheiden können, ob die noch vorhandenen Symptome dem ursprünglichen Krankheitszustande oder dem durch die Behandlung acquirierten Zustande angehören. Es ist schon oft und neulich wieder von APPEL darauf hingewiesen worden, dafs nach Durchführung der Sondenbehandlung Tripperfäden im Urin zurückbleiben, die „am besten unbehandelt bleiben", weil sie sich durch fortgesetzte Behandlung nicht beseitigen lassen und nach Sistierung der Behandlung nach kürzerer oder längerer Zeit doch von selbst verschwinden. Ich zweifle nicht, dafs es sich in vielen derartigen Fällen nur mehr um solche Urethralfäden handelt, die durch die Sondenbehandlung bedingt sind, und möchte daher für jede Sondenbehandlung das Prinzip aufstellen, dafs zunächst, wie auch APPEL hervorhob, von einer Sondeneinführung zur andren ein Zeitraum von 2—3 Tagen verstreiche. Da aber bei öfterer Wiederholung der Sondeneinführungen der durch dieselben gesetzte Reiz längerer Zeit bedarf, um vollständig abzulaufen, so mufs man es sich weiterhin zum Prinzipe machen, nach einer Serie von Sondeneinführungen eine längere Pause eintreten zu lassen, während welcher am besten leichte adstringierende Injektionen gemacht werden. Nach Ablauf einer solchen Pause werden wir den Urin, den wir übrigens jedesmal kontrollieren müssen, einer genauen Untersuchung unterziehen und werden nun über den Fortschritt des Heilungsprozesses nicht so leicht getäuscht werden, wie es sonst kaum zu vermeiden ist. Ergibt die genaue Untersuchung von Urin und Harnröhre, dafs die Heilung noch keine vollständige ist, so ist eine neue Serie von Sondeneinführungen zu beginnen. Diese wird kürzer sein und gleich mit den stärkeren Sonden begonnen werden können. Ich habe gewöhnlich mit einer Serie von 6—8 Einführungen begonnen und dann eine circa 10tägige Pause eintreten lassen. Nach der 2. Serie, die ich je nach dem Fortschritte der Heilung und der

mir nun bezüglich ihrer Reizbarkeit bekannt gewordenen individuellen Beschaffenheit der Schleimhaut bald länger bald kürzer mache, konnte ich in der Regel, nachdem wieder eine Pause bis zu 14 Tagen vergangen war, die Heilung des chronischen Trippers konstatieren. Nur in zwei Fällen mufste ich einen 3. Cyklus von Sondierungen zur Ausführung bringen, während in fünf Fällen schon nach dem ersten Cyklus von 5—6 Einführungen Heilung eintrat. Dafs wir durch die Pausen an Zeit verlieren, mufs ich allerdings zugeben, aber sehr häufig wird aus den angegebenen Gründen der Zeitverlust nur ein scheinbarer sein. Übrigens erscheint es mir nur zu richtig, die Behandlungsdauer eines chronischen Leidens auf eine längere Zeitperiode hinauszuschieben, da manche chronische Tripper, entsprechend behandelt, leicht zu beseitigen sind, aber ebenso leicht wiederkehren; vor unerwarteten Recidiven wird eine derartige gewissenhaft geübte Methode sicher am besten zu schützen im stande sein.

In einem zweiten Punkte von Unnas Vorschrift abzuweichen, veranlafste mich der Umstand, dafs ich bei einigen Patienten Reizungserscheinungen beobachtete, die ich nicht mehr auf die mechanische Wirkung der Sonden, sondern auf die chemische Wirkung des Sondenüberzuges beziehen mufste. Unnas Salbenmasse ist bekanntlich von folgender Zusammensetzung: Ol. Cacao 100,0, Cera flav. 2,0—5,0, Argent. nitric. 1,0—2,0, Bals. peruv. 2,0. Es geschah mir nun in 5 Fällen, dafs es nach 1—5 Sondeneinführungen zu einer Reizung des Blasenhalses kam, so dafs der Urin statt der Fäden und Flocken eine ausgiebige diffuse, katarrhalische Trübung zeigte. Die Vorsicht Appels, stets ein Quantum Urin vor der Einführung der Sonde in der Blase zu belassen, hatte ich allerdings aufser acht gelassen, glaube aber nicht, dafs dieselbe eine Blasenhalsreizung zu verhindern im stande gewesen wäre. Dieser Reizungszustand war freilich in 3 Fällen nur vorübergehend, während ich in den zwei andern Fällen eine 10—14tägige Behandlung mit dem Ultzmannschen Irrigationskatheter veranlassen mufste. Dasselbe passierte mir einmal bei Anwendung der von Casper angegebenen Salbe: Butyr. Cacao 100,0, Argent. nitric. 1,0, Bals. Copaiv. 2,0, bei deren Anwendung mir in einem 2. Falle auch eine Epididy-

mitis interkurrierte, die allerdings sehr gutartig verlief. Ähnliche Beobachtungen hatte ich schon früher gemacht, als ich mich bei der Behandlung des chronischen Trippers noch der Bacillen aus Kakaobutter bediente. Ich hatte diese aus eben dem Grunde aufgegeben und mich nur mehr der Gelatinestäbchen bedient, die keine so unerwarteten Reizerscheinungen zur Folge hatten. Es war mir daher ein naheliegender Gedanke, die UNNAschen Sonden in gleicher Weise mit einer Argent. nitric. haltigen Gelatinemasse zu überziehen.

Unterdessen hatte die leichte Zersetzbarkeit der UNNAschen Salbenmasse, durch welche dieselben an Wirksamkeit erheblich einbüfst, APPEL veranlafst, eine neue Salbenkomposition ausfindig zu machen, durch welche in erster Linie ein Ranzigwerden der Fette, das auch die Reizerscheinungen in den von mir beobachteten Fällen veranlafst haben könnte, beseitigt wurde. Ich habe nun in jüngster Zeit die APPELsche Salbenmasse gleichzeitig mit meiner Gelatinemasse versucht und bisher von keiner derselben Reizerscheinungen beobachtet. Die APPELsche Salbe, deren Zusammensetzung folgende ist: Vaselin. american. 90,0, Paraffin. solid. 10,0, Bals. Copaiv. 2,0, Argent. nitric. 1,0, scheint mir ein wenig zu weich zu sein und mag sich aus diesem Grunde vielleicht noch besser als für die UNNAschen für die CASPERschen Sonden eignen; übrigens wäre die Konsistenz wohl leicht durch den Zusatz von etwas Paraffin zu korrigieren.

Was nun die Gelatinemasse betrifft, so haftet zunächst derselben der Nachteil an, dafs sie einen höheren Schmelzpunkt besitzt. Um dieselbe für meinen Zweck brauchbar zu machen, machte ich verschiedene Versuche, bis schliefslich folgendes Verfahren zu einem sehr günstigen Resultate führte.

30,0 Gelatin. alb., 100,0 Aq. destillat. und 15,0 Glycerin werden durch Erwärmen zu einer gleichmäfsigen Masse vereinigt. Hierauf werden 20,0 gelbes Vaselin zugesetzt, die Masse gekocht und der hierbei entstehende Gewichtsverlust durch Zusetzen einer entsprechenden Menge Aq. destillat. gedeckt. In die noch flüssige Masse wird die nötige Quantität Argent. nitric., in wenig Wasser gelöst, zugesetzt, so dafs eine 1 %, respektive 2 % Salbenmasse resultiert.

Diese Masse eignet sich nun vortrefflich zum Überziehen der Sonden. Da sich die Gelatine beim Erwärmen ausdehnt, ist es rätlich dieselbe in einem offenen Becherglas zu erwärmen. Die Sonden werden vollkommen glatt und gleichmäfsig, und nehmen auch die kannelierten Sonden durch einfaches Eintauchen die Salbenmasse so auf, dafs sie zur Einführung vollkommen geeignet erscheinen. Bei der Einführung der Sonden darf man dieselben nicht mit Glycerin bestreichen, da dies der Gelatine eine so klebrige Beschaffenheit verleiht, dafs die Einführung der Sonde zur Unmöglichkeit wird. Dafür eignet sich Glycerincrême sehr gut. Ein Vorzug der Gelatinemasse ist es gewifs, dafs keine fette Substanz den Kontakt des wirksamen Medikamentes mit der Schleimhaut hindert. Eine besondere Wirksamkeit der Gelatinemasse scheint mir aber darin zu bestehen, dafs sie sich, während sie schmilzt, was allerdings etwas langsamer geschieht als bei andern Salbenkompositionen, sehr stark ausdehnt, wodurch zwischen Medikament und Schleimhaut der innigste Kontakt herbeigeführt werden mufs. Ich lasse die Sonde gewöhnlich wenigstens 1/4 Stunde lang in der Harnröhre liegen. Wenn man die UNNAschen biegsamen Zinnsonden anwendet, so sind dieselben nach dem vollständigen Abschmelzen der Gelatine mit einer feinsten schwärzlichen Schicht metallischem Silber überzogen, eine Erscheinung, welche bei vernickelten Stahlsonden fast gar nicht auftritt und die ich mir nur durch eine elektrochemische Einwirkung zu erklären vermag. Diese Schicht löst sich ziemlich rasch in heifsem Wasser ab, und ist das Zinn der Sonden in keiner Weise angegriffen. Die Salbenmasse erhält sich im ganzen ziemlich lange wirksam, wenn sie auch bei öfterem Erwärmen immer dunkler wird.

b. Ein Dilatator urethrae.

So vorzüglich das Prinzip der UNNAschen Behandlung auch ist, so gibt es doch Fälle, wo die Anwendung der UNNAschen Sonden zu keinem wesentlichen Erfolge führt. Es ist nämlich von höchster Wichtigkeit darauf zu achten, dafs das Kaliber der einzuführenden Sonden stark genug gewählt sei. Wenn vor nicht allzu langer Zeit die Sondenbehandlung als eine inopportune,

unzuverlässige Behandlungsart geschmäht wurde, so hatte dies darin seinen Grund, weil man sich von der normalen Weite der Harnröhre noch immer eine falsche Vorstellung machte, trotzdem Otis schon vor 25 Jahren das mechanische Prinzip bei der Behandlung chronischer Urethritis durch den Nachweis der weiten Strikturen begründete. So lese ich in einer im Jahre 1875 erschienenen Monographie über die Blennorrhöe der Sexualorgane[5], dafs der Durchmesser der männlichen Harnröhre im höchsten Grade der Ausdehnung 4—5 mm betrage, während er, wie wir aus den Otisschen Untersuchungen wissen, doppelt so grofs ist. Es ist das Verdienst Ultzmanns, bei uns die Aufmerksamkeit auf die Ergebnisse der Otisschen Untersuchungen gelenkt und den Gebrauch der dicken Sonden eingeführt zu haben. Wir werden also heute folgerichtig, um der Harnröhre ihr früheres Lumen und ihre frühere Elastizität wiederzugeben, um chronische Infiltrate in derselben zum Schwinden zu bringen, Sonden anwenden, die dem normalen Durchschnitte der Harnröhre entsprechen, müssen also zum Schlusse der Behandlung wenigstens 8 mm dicke Instrumente verwenden.

Hierbei treffen wir nun ziemlich oft auf den Übelstand, dafs das Orificium der Harnröhre viel enger ist als der normale Durchmesser derselben, dafs wir uns also vor der Unmöglichkeit finden, mit Sonden dickeren Kalibers in die Harnröhre einzudringen. Es fragt sich nun, was in solchen Fällen zu thun ist. Zeissl[6] sagt darüber in seinem Lehrbuche: „In Beziehung des Kalibers des zuletzt einzuführenden Instrumentes mufs sich der Arzt nach der Lichtung des Ostiums urethrae cutaneum richten. Instrumente, welche das Ostium cutaneum urethrae schwer passieren, sind nicht in Anwendung zu bringen.“ Dieser Regel gegenüber, nach welcher in manchen Fällen die Behandlung einfach nicht zu Ende geführt würde, empfiehlt Ultzmann[7] „ein solches Orificium ausgiebig zu spalten, wie dies öfter bei der Litholapaxie vorgenommen werden mufs.“ Eine solche Erweiterung des Orificiums ist nun wirklich oft ein unbedeutender Ein-

[5] Dr. Franz Daffner. Wien 1874.
[6] *Lehrbuch der Syphilis.* 4. Auflage. pag. 193.
[7] *Wiener Klinik.* 1883. 1. u. 2. Heft.

griff; manchmal handelt es sich nur um die Durchtrennung einer Schleimhautfalte, die ohne eine besondere Blutung, ohne eine nennenswerte Schmerzempfindung hervorzurufen, mit einem Scherenschnitt gemacht werden kann, worauf man thatsächlich mit etwas dickeren Instrumenten in die Urethra gelangen kann. In andern Fällen ist der Eingriff aber nicht so unbedeutend, wenn er den gewünschten Effekt haben soll, weil sich die stärkste natürliche Verengerung erst unmittelbar hinter dem Orificium externum befindet; man müfste fast bis zur Umschlagstelle des Präputiums spalten und einen geringen Grad von Hypospadie hervorrufen, ein Eingriff, bei dem man insbesondere auch auf den energischen Widerstand der Patienten stöfst.

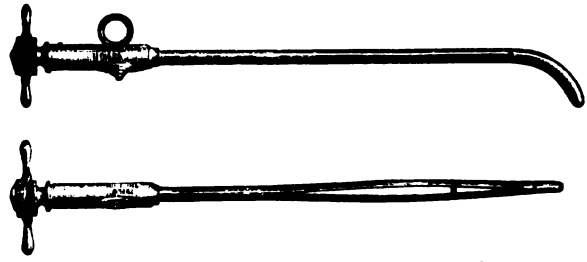
Um nun in solchen Fällen auf das wirksame Moment der Dilatation nicht verzichten zu müssen, habe ich mir durch einige Zeit mit dem Auspitzschen Dilatator[8] zu helfen versucht. Dieses Instrument hatte zunächst wohl nur die Aufgabe endoskopischen Zwecken zu dienen, speziell eine Erweiterung des endoskopischen Gesichtsfeldes zu ermöglichen, wurde aber gleichzeitig zu therapeutischen Zwecken benutzt, um an verdickten Schleimhautstellen eine Hyperdilatation auszuüben. Ich bin nach kurzem Gebrauche jedoch davon abgekommen, das Instrument in dieser Weise zu gebrauchen, weil sich dasselbe nach seiner ganzen Form nicht dazu eignet, in der Harnröhre länger zu verweilen, aufserdem weil sich bei der Elastizität der Branchen der Grad der Dilatation nicht genau feststellen läfst. Da sich mir aber die Notwendigkeit eines Instrumentes, das bei engem Orificium urethrae in die Harnröhre gebracht werden kann und in derselben eine genau zu bestimmende Dilatation ausübt, immer wieder aufdrängte, die in der Chirurgie bei der Behandlung von Strikturen verwendeten Dilatatoren aber für den genannten Zweck nicht brauchbar erscheinen, liefs ich einen Dilatator konstruieren, der seiner Aufgabe, wie ich glaube, vollkommen entspricht.[9]

---

[8] *Vierteljahresschr. für Dermatologie u. Syphilis.* VI. Jahrg. pag. 15.

[9] Verfertigt wurde derselbe von Albert Brož, chir. Instrumentenmacher und Messerschmied, Herrengasse No. 23 in Graz.

Derselbe besteht aus einer Metallröhre von 21 cm Länge, die 4 cm vom extravesikalen Ende bis 1 cm vor dem Vesikalende aus 2 gespaltenen Röhrenhälften besteht. Am Vesikalende ist ein kurzes, gerades, massives Ansatzstück angeschraubt, das durch ein zweites gekrümmtes Ansatzstück ersetzt werden kann, wodurch man dem Instrumente die gewöhnliche Katheterkrümmung zu verleihen im stande ist. Die Dicke des Instrumentes entspricht der No. 20 der CHARRIÈREschen Skala, so dafs dasselbe auch in ein enges Orificium noch eingeschoben werden kann. In den Röhrenhälften befindet sich an der Grenze des dritten und letzten Viertels derselben ein in der Achse des Instrumentes liegendes kurzes Metallstück, das durch ein Gelenk an einer Röhrenhälfte, durch ein zweites Gelenk mit einem in den Halbröhren liegenden



Metallstab verbunden ist und durch Drehung einer an dem extravesikalen Ende befindlichen Handhabe allmählich quer zur Achse des Instrumentes gestellt werden kann. Hierdurch entfernen sich die beiden Röhrenhälften voneinander, und zwar erfolgt an der Stelle des Gelenkes die stärkste Dilatation. Diese kann soweit getrieben werden, dafs die gröfste Zirkumferenz der voneinander entfernten Branchen 12 mm im Durchmesser hält, also No. 36 der CHARRIÈREschen Skala entspricht. Das mechanische Prinzip ist mit dem des THOMPSONschen Dilatators am meisten übereinstimmend.

Während der Dilatation bewegt sich an dem Zwischenteile, an dessen unterer Fläche sich der Ring zur Fixierung des Instrumentes befindet, infolge einer eben so einfachen als praktischen Vorrichtung ein Zeiger auf einer Skala, wodurch der Grad der Dilatation genau angegeben wird. Es entspricht der Natur des Mechanismus, dafs die Skala, die uns jeden Millimeter

des Durchmessers der am stärksten dilatierten Stelle angibt, von einem Millimeter zum andren immer gröfsere Zwischenräume zeigt.

Das Instrument ist in der Form für den Gebrauch noch nicht geeignet, da bei der Dilatation die scharfen Ränder der Branchen die Schleimhaut reizen könnten, anderseits auch die Möglichkeit gegeben ist, dafs sich während der Dilatation hypertrophische Schleimhautwülste zwischen die Branchen des dilatierten Instrumentes drängen und bei der wieder erfolgenden Annäherung der Branchen geklemmt oder sonst mechanisch verletzt werden. Um diesen Übelständen abzuhelfen, wird das Instrument vor dem Gebrauche mit einem feinen, am vesikalen Ende blinden Gummischlauche überzogen, der der jeweiligen Länge des Instrumentes, respektive dem am vesikalen Ende angeschraubten Ansatzstück entsprechen mufs. Derselbe liegt dem Instrumente eng an, verdickt dasselbe nur ganz unmerklich und kann auf dem mit Glycerin bestrichenen Instrumente ohne besondere Schwierigkeit aufgezogen werden.

Vor dem Gebrauche des Instrumentes ist es nötig, sich über den Sitz der Erkrankung vollkommen klar zu sein. Derselbe ist in der Regel ein streng umschriebener, und ist es darum auch kein Nachteil des Dilatators gegenüber der Sonde, dafs die Erweiterung keine gleichmäfsige ist. An der erkrankten Stelle mufs eben die Dilatation in erster Linie ausgeführt werden.

Ist der Sitz der erkrankten Stelle in der Pars pendula, so wird das Instrument mit dem kurzen Ansatzstück entsprechend weit eingeschoben. Durch Drehung des Instruments vor der Dilatation kann diese nach jeder beliebigen Richtung gemacht werden, worauf in letzter Zeit viel Gewicht gelegt wird. Ist der Sitz der Dilatation im Bulbus oder noch weiter rückwärts, dann wird das Ansatzstück mit der Katheterkrümmung verwendet und so weit als möglich eingeführt. Die Dilatation kann jetzt freilich nur mehr bilateral ausgeführt werden. Besonders für die Fälle chronischer Urethritis anterior ist das Instrument sehr gut verwendbar, da die Dilatation mittels desselben sehr schonend vorgenommen werden kann. Selbstverständlich wird diese mechanische Behandlung mit der Applikation von Lapisgelatinestäbchen oder dergleichen kombiniert.

Nachtrag.*

Soeben entnehme ich einer schon im Vorjahre in der *Sammlung klinischer Vorträge*, herausgegeben von RICHARD VON VOLKMANN, erschienenen Arbeit von Dr. OBERLÄNDER: Zur Kenntnis der nervösen Erkrankungen am Harnapparat des Mannes, dafs derselbe einen (oben beschriebenen) ganz ähnlichen Dilatator im Gebrauche hat. Die Konstruktion, mittels welcher der Grad der Dilatation angezeigt wird, scheint allerdings bei meinem Instrumente einfacher zu sein. Dafür hat auch OBERLÄNDER bereits den Gummiüberzug des Instrumentes in Verwendung und erklärt gleichfalls, dafs das Instrument ohne diesen nicht zu gebrauchen sei. Ich hatte mich daher irriger Weise in dem Glauben befunden, dafs ich als erster den Schraubendilatator in dieser Form verwendete. Dieser Irrtum war um so leichter möglich, als weder in dem Berichte über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis in der *Vierteljahresschrift* noch in der Litteraturübersicht der *Monatshefte für praktische Dermatologie* die Arbeit OBERLÄNDERS Erwähnung fand. Ebenso revidierte Instrumentenmacher A. BROŽ vergebens das *Centralblatt für Chirurgie und orthopädische Mechanik*.

Der Umstand, dafs zwei Praktiker nahezu gleichzeitig und voneinander unabhängig dasselbe Instrument konstruieren liefsen, beweist übrigens, dafs dasselbe für die Therapie gewisser chronisch-katarrhalischer Zustände der Harnröhre ein wirkliches Bedürfnis war, und freut es mich immerhin, die Leser der *Monatshefte* auf diesen Dilatator, dem ich gerade in jüngster Zeit wieder mehrere schöne Erfolge zu danken habe, aufmerksam gemacht zu haben.

Referate.

L. DUNCAN BUKLEY. **Akne.** (*Acne, its Etiology, Patology and Treatment.* A practical treatise based on the study of 1500 cases of sebaceous disease. New York u. London 1885.)

Es ist wohl nie ein umfangreicheres Werk über die Erkrankungen der Talgdrüsen geschrieben worden, als dieses aus 280 Druckseiten be-

---

* Eingesandt am 25. Februar 1887. Red.

stehende von unserm amerikanischen Kollegen. Es verdankt seinen Umfang hauptsächlich einer grofsen Menge von Krankengeschichten, welche zur Erläuterung des Textes dienen.

Das Buch beginnt mit einer klar geschriebenen Anatomie und Physiologie der Talgdrüsen; auch den Schweifsdrüsen schreibt er einen Teil an der Einfettung der Haut zu.

Das zweite Kapitel beginnt mit einer geschichtlichen Betrachtung der Benennung und Einteilung der Talgdrüsenkrankheiten durch die verschiedenen Autoren von Celsus bis auf die neueste Zeit. Hierauf folgt eine Aufführung der Synonyma in den verschiedenen Sprachen und dann stellt er seine Einteilung der Talgdrüsenerkrankungen folgendermafsen auf:

1. solche, welche auf fehlerhafter Sekretion oder Exkretion des Talgs beruhen.
   - 1. Akne sebacea
     - oleosa
     - cerea
     - cornea
     - exsiccata
   - 2. Akne punctata
     - nigra
     - albida
   - 3. Akne molluscum
2. solche, welche auf Kongestion und Entzündung der Talgdrüsen mit dem umgebenden Gewebe beruhen.
   - 1. Akne simplex
   - 2. „ indurata
   - 3. „ rosacea.

Er unterscheidet sich, wie aus dieser Einteilung ersichtlich, von den früheren Autoren wesentlich dadurch, dafs er auch die Seborrhöe als Akne bezeichnet.

Seine Definition von Akne lautet: „Akne mag definiert werden als eine funktionelle oder entzündliche Krankheit der Talgdrüsen, welche entweder auf einer excessiven und abnormen, oder ungenügenden Talgsekretion beruht, oder die entzündlichen Elemente der Kongestion, Papeln und Pusteln oder Knoten zeigt, welche in den Talgdrüsen oder um dieselben herum liegen, oder beruht die Akne in einer Kombination einzelner, oder aller dieser Krankheitsbilder."

Im dritten Kapitel, in welchem er die Statistik aus 1500 von ihm beobachteten Krankheitsfällen zieht, ohne es zu unterlassen, auf die Mängel derartiger Erhebungen aufmerksam zu machen, kommt er zu dem Resultate, dafs die Talgdrüsenerkrankungen von allen Hautkrankheiten am häufigsten vorkommen. In seiner Spitalpraxis bildeten sie 8,5 %, in der Privatpraxis 22,22 % aller Patienten. [In der Klinik des Referenten nur 7½ %.]

Akne simplex beobachtete er doppelt so oft bei Frauen als bei Männern, einmal bei einem 10jährigen Mädchen. Zwei drittel aller Fälle standen zwischen 15—30 Jahren.

Die Patienten mit Akne indurata sind im Durchschnitt älter, als die mit A. simpl., aber nicht so alt, als die mit A. rosacea, welch letztere selten vor dem 25. Jahre auftritt. (Bei Frauen am häufigsten zwischen 30—35, bei Männern 40—45 Jahren.) Ekzem trat am häufigsten mit Akne

zusammen auf, was er nicht für ein zufälliges Zusammentreffen hält, sondern für eine Folge der Erkrankung des Rete Malpighii beim Ekzem, dessen Auswüchse die Talgdrüsen darstellen.

Im vierten Kapitel wird die Ätiologie sehr ausführlich behandelt. Verf. teilt die Ursachen 1. in allgemeine Ursachen, welche sich auf ganze Klassen von Fällen beziehen, 2. in spezielle konstitutionelle oder im System gelegene Ursachen, welche sich auf individuelle Fälle beziehen. 3. in örtliche Ursachen.

Zu den ersteren rechnet er vor allem das Geschlecht, wegen des häufigeren Vorkommens der Akne bei Frauen. Dies rühre her von der sitzenden Lebensweise und ihren Folgen und von den häufigen Störungen des Systems zur Zeit der Pubertätsentwickelung der Menopause in der Periode. Ferner rechnet er hierher das Alter wegen der Häufigkeit der Talgdrüsenerkrankungen zur Zeit der Pubertätsentwickelung, welche eine Folge des vermehrten Haarwachstums und einer gröfseren Thätigkeit der Talgdrüsen seien. Die Erblichkeit hält er nicht für wichtig. Dagegen findet er, dafs gewisse Krankheitsanlagen in Familien die Disposition zur Akne vergröfsern, wie Skrofulose, Gicht, Rheuma.

ad 2. Diese Ursachen haben ihren Grund in funktionellen oder organischen Störungen der Organe, welche der Ernährung und Reproduktion dienen, und sind als Reflexwirkungen anzusehen. Bei einer grofsen Anzahl von Fällen findet sich Blutarmut und allgemeine Schwäche, in andern Fällen Neurasthenie. Mit Besserung dieser Zustände bessert sich die Akne und umgekehrt. In einzelnen Fällen gingen dem Beginn der Erkrankung schwächende Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Syphilis, Wechselfieber, gröfsere Operationen voraus. Unvollkommene Verdauung und Ausscheidung wird bei Akne sehr oft beobachtet.

45 % seiner Privat-Patienten litt an Verstopfung, die Hälfte seiner Aknekranken litt an Verdauungsstörung. Nicht selten fand er funktionelle Störungen in der Urinsekretion (aber ohne Nierenerkrankung), Erhöhung des spezifischen Gewichtes und Vermehrung der kristallinischen Niederschläge, ein Beweis gestörter Assimilationsvorgänge. Bei 40 % seiner Patienten fand er unregelmäfsigen Schlaf. Alle diese Störungen finden sich häufiger bei A. indurata und rosacea. Sexuelle Störungen sind oft Veranlassung von Akne. Viele Frauen haben Menstruationsstörungen, aber keine Akne; die häufige Verschlimmerung zur Zeit der Periode aber und die häufige Unheilbarkeit der Akne, ehe mechanische Menstruationsstörungen gehoben sind, das Erscheinen und die Verschlimmerung der Akne zur Zeit der Schwangerschaft, sprechen für gewisse Beziehungen.

ad. 3. Örtliche Ursachen können allein keine Akne hervorrufen, verschlimmernd wirkt alles, was Kongestionen zum Gesichte macht, besonders Temperaturwechsel, vieles Bücken, vieles Sitzen, die Nähe eines heifsen Gegenstandes etc.

Mit dem fünften Kapitel beginnt die Beobachtung der einzelnen Krankheitsformen und zwar zunächst der

I. Nicht entzündliche Talgdrüsenkrankheiten.

1. Akne sebacea mit ihren Unterformen A. oleosa, cerea (mit Einschlufs der seltenen Seborrhoea nigricans), cornea, exsiccata (xerosis).

Unter 879 Privat-Patienten fand er 129 mal Akne sebacea und zwar gleich oft bei Männern und Weibern, während bei den entzündlichen Talgdrüsenerkrankungen die Frauen um das doppelte überwiegen. Mit Übergehung der ausführlichen Symptomatologie, Ätiologie und Pathologie der Akne sebacea gehen wir gleich zur Behandlung derselben über.

Die konstitutionelle Behandlung mufs, um günstigen und vor allem bleibenden Erfolg zu erzielen, mit der örtlichen Hand in Hand gehen, ganz besonders bei der Seborrhöe des behaarten Kopfs. Die Diät richtet sich nach den im 7. Kapitel angegebenen allgemeinen Grundsätzen. Eine Diät, reich an Phospaten, besonders Speisen, die aus dem ganzen Weizenkorn ohne Ausscheidung der Kleie bereitet werden, hält B. besonders bei A. s. capitis für sehr vorteilhaft. Die innere Medikation richtet sich nach dem Individuum. Sehr gut ist in vielen Fällen eine Kombination von Eisen, Arsenik und Chinarinde, z. B.:

℞ *Ferri et Ammonii citratis* 4,0
Kalii citric. 8,0
Liq. Kal. arsenic. 5,5
Tinct. Nuc. vomic. 8,0
Tinct. Chin. comp. 30,0—90,0
Aq. ad 120,0

M. D. S. Einen Kaffeelöffel in Wasser nach dem Essen.

Bei Neigung zu Kongestionen ein kühlendes Abführmittel mit Eisen, bei Anämie Stahlpillen mit Alkali, oder Leberthran (allein oder mit Phosphaten). Wo keine bestimmte Anzeige vorliegt, Alkali mit Nux vomica, dabei stets Sorge für den Stuhlgang. Arsenik allein hat sehr wenig Wert [gar keinen Ref.].

Die örtliche Behandlung ist verschieden nach der Art der Erkrankung und dem erkrankten Teile.

Bei A. sebacea oleosa des Gesichts, welche oft mit Akne simpl. und indurata vorkommt, ist besonders gut ein Waschwasser aus schwefelsaurem Kali und Zink:

℞ *Kal. sulf.*
Zinc. sulf. ää 4,0
Aq. Rosar. 120,0

Man löse jedes der beiden Salze in der Hälfte des Wassers und mische es vor dem Gebrauch.

Wiederholtes Waschen mit heifser, wässeriger Sodalösung (1,0—2,0 : 600,0) und die nachherige Anwendung einer spirituösen Sublimatlösung (1 : 200—1000 Aq. u. Spirit. ää) genügen in der Regel, um die exzessive Talgabsonderung zu heilen.

Bei lokalisierter A. s. oleosa des Gesichts an der Stirne und Nase

geben Sublimatwaschungen ebenfalls guten Erfolg, ebenso Waschwasser, welche Ergotin und Belladonna oder Atropin in mäfsiger Form enthalten.

Bei A. s. oleosa des behaarten Kopfes ist häufiges Waschen mit einer wässerigen Boraxlösung (8—10 : 600) oder Schmierseifenlösung (Spiritus saponato-kalinus) am Platze, ebenso reizende Waschwasser, welche Kantharidin etc. enthalten, z. B.:

℞ *Tinct. Canthar.* 8,0—20,0
Tinct. Capsic. 8,0—20,0
Tinct. Nuc. vomic. 15,0
Olei ricin. 8,0
Olei Lavand. 2,0
Spirit. dilut. ad 120,0
M. f. latio. S. Für den Kopf.

Bei der A. sebacea cerea im Gesichte empfiehlt er eine Salbe aus Wismut weifsem und gelbem Präzipitat:

℞ *Bismut. subnitr.* 4,0
Ungt. Hydr. oxyd. rubr. 2,0
Ungt. Hydr. praec. alb. 8,0
Ungt. rosat. 24,0
M. f. ungt.

mit oder ohne gleichzeitige Anwendung von verdünntem Spiritus saponato-kalinus.

Bei A. sebacea cornea des Gesichts werden die harten Massen mit einer Lösung von Kali causticum (1 : 100—30 aq.) entfernt und hierauf eine adstringierende Schwefel- oder Merkurialsalbe appliziert. Doch darf nicht zu stark gereizt werden wegen der Gefahr der Entwickelung eines Epithelioms.

Bei A. s. cerea des behaarten Kopfes mit leichter Schuppenbildung genügen adstringierende und leicht reizende Waschwasser, welche abends reichlich appliziert werden. Am besten dient dazu ein Tropfenzähler. Mit den Fingerspitzen der linken Hand wird die Lösung eingerieben.

℞ *Plumb. acet.* 0,6
Ol. ricin. 8,0
Ol. bergamott. 2,0
Alcohol. dilut. ad 120,0

oder

℞ *Chinin. sulfur.* 1,0
Zinc. sulfur. 0,6
Tinct. Canthar. 10,0
Alcohol.
Glycerin. aa 15,0
Spirit. Myrciae ad 180,0

Bei stärkerer Talgabsonderung genügen diese Wasser nicht. Hier werden die Fettkrusten zunächst mit einer Tanninsalbe (1 : 8 Ungt. rosat.

it 1 % Acid. carbol.) erweicht, welche 2 oder 3 Tage lang täglich zweimal eingerieben wird. Dann wird mit Seife abgewaschen. (Als Seife dient ILKLEY Teerseife, doch empfiehlt er auch PEAS's transparent soap ler SARGS Glycerinseife, bei dicken Krusten Spirit. sapon. kalin). Salbe id Seifenwaschungen werden fortgesetzt, bis alle Krusten entfernt sind. achdem die Tanninsalbe 1—2 Wochen angewendet worden, genügen oft ie oben erwähnten Waschwasser. Kantharidenpräparate empfiehlt er gegen ie konsekutive Kahlheit.

Bei hartnäckigen Formen werden Merkursalben und Schwefelsalben 1—2 : 30) oder Teersalben (1 : 10) nötig. Die Haare werden nur bei tarkem Ausfall und Splittern geschnitten.

A. sebacea exsiccata (xerosis) wird mit alkal. Bädern (2 pro Woche) und Einreibungen von 1 % ger. Karbolglycerinsalbe (täglich) behandelt.

2. Akne punctata. a. Akne punctata nigra = Kommedo. b. Akne punct. albida = Milium.

Die Kommedonen werden mittels eines Kommedonenquetschers ausgedrückt, einer silbernen Röhre von $^1/_3$ Zoll Durchmesser und 3 Zoll Länge. Die Enden laufen konisch zu, und sind hier die Ränder so nach innen umgebogen, dafs die Ränder nicht schneiden. Vorher wird die Haut mit heifsem Wasser erweicht. Schmierseifenwaschungen, Schwefelsalben und -pasten unterstützen die Kur.

℞ *Sulf., Glycerin., Spirit., Kalii carbon., Aether.* āā

Die Milienbehandlung ist die allgemein übliche.

Das 6. sehr umfangreiche Kapitel behandelt:

II. Die entzündlichen Talgdrüsenerkrankungen.

1. Akne simplex, 2. A. indurata, 3. A. rosacea.

1. Die Akne simplex bildet beinahe die Hälfte der 1500 verschiedenen Fälle (208 Männer, 310 Weiber), davon standen 325 unter dem 20. Lebensjahre, 232 zwischen dem 20.—25. Jahre, 66 über dem 30. Jahre.

Skrofulöse Individuen haben mehr die pustulöse oder gichtische, nervöse Individuen mehr die papulöse Form.

In betreff der Entstehungsweise der einzelnen Akneeffloreszenzen ist B. der Ansicht, dafs die Rentention des Talgs in den Drüsen und deren Ausführungsgängen die primäre Ursache der Entzündung sei. Die Folliculitis und Perifolliculitis sind sekundär. Daraus erklärt sich, dafs sich Drüsen mit weiten Ausführungsgängen seltener entzünden, als solche mit engen.

Die Teer- und Chrysarobinakne wird hervorgerufen durch Imprägnation des Inhalts der Drüsenausführungsgänge mit Teer. (UNNA sucht bekanntlich die Ursache in einer zu raschen Verhornung der Epithelien des Drüsenausführungsganges durch die „reduzierenden" Mittel.)

Die Frage, ob die Jodakne eine Entzündung der Talgdrüsen sei, oder

eine eigenartige Dermatitis. [illegible] [illegible]. Er [illegible] [illegible] er die Vermeidung [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] auf die [illegible] [illegible] [illegible] durch die [illegible] der [illegible] [illegible] und [illegible] [illegible] in den [illegible] [illegible] [illegible] [illegible].

Die [illegible] [illegible] und die früher angeführten.

Die konstitutionelle Behandlung ist strenger [illegible] [illegible] er auch hier in den Vordergrund.

Ein Specificum gibt es nicht. Arsenik und [illegible] kommen in [illegible] [illegible], wenn aber allen [illegible] [illegible] zu [illegible].

Durch besondere Zusätze mit Arsenik in [illegible] Menge für die Haut. Unter den Mineralwässern gibt er zu diesem Zwecke den Kissinger Wasser vor dem [illegible] Wasser mit dem [illegible] Salz [illegible] den Vorzug. Bei [illegible] [illegible] je nach der [illegible] [illegible] oder [illegible] bei Neigung zu Lungenaffektionen [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] — 0,02—0,05 alle 2 Stunden eine Kapsel auf den Magen — am besten in Pillen mit [illegible]. [illegible] hat [illegible] einen Erfolg von [illegible] gesehen. [illegible] ist [illegible] von gutem Erfolg, besonders mit Chinin und Eisen.

℞ *Ferr.* [illegible]
Chin. [illegible] āā [illegible]
Glycerin [illegible]
S. Einen oder mehrere Kaffeelöffel voll in Wasser nach Tisch zu nehmen.

Hilft keines dieser Mittel, so schlägt er eine alterierende Behandlung mit kleinen Dosen Merkur vor.

Bei der lokalen Behandlung warnt er vor zu starken Mitteln. Bei *starker Kongestion des Gesichts* und entzündlichem Charakter der Papeln und Pusteln leistet heißes Wasser gute Dienste. Mit einem weichen Tuch wird es 1/2 Minute auf die kranken Stellen angedrückt, bis der Reihe nach alle Teile des Gesichts zweimal so behandelt wurden (am besten abends). Sofort wird eine beruhigende Flüssigkeit aufgetupft oder mit ihr befeuchtete Kompressen aufgelegt.

℞ *Pulver. Calaminae praeparat.*	4,0
Zinc. oxydat.	8,0
Glycerin.	8,0
Liq. Calcis	12,0
Aq. Aurant. flor.	ad 120,0

Morgens nach Waschen mit kaltem Wasser wird das milde Waschwasser angewendet.

Genügt diese Behandlung nicht, so geht man zu reizenden und adstringierenden Mitteln über, besonders solchen, welche Schwefel enthalten, z. B.

℞ *Sulfur. praecip.*	4,0
Aether. fort.	15,0
Alcohol. dilut.	105,0

Stärker wirken Spirit. saponato-kalinus oder Kali carbonicum-Lösungen 1 : 3000), welche mit einem Läppchen eingerieben und bei starken Brennen abgewaschen werden. Sofort wird ein kühlendes Waschwasser oder eine kühlende Salbe (Zinksalbe 1 : 15) aufgelegt.

Auch Solutio Vlemingkx ist von Nutzen, aber vorsichtig und verdünnt anzuwenden.

Merkurialpräparate hält B. für wenig wirksam.

Mechanische Mittel sind oft von sehr grofsem Nutzen. Kommedonenquetscher, Stichellanzette, Schablöffel. Ellingers Sandabreibungen empfiehlt er nicht.

2. Akne indurata ist viel seltener als A. simpl. und rosacea. (Unter 1500 Patienten 172 mal, darunter 62 Männer : 110 Frauen.) Sie ist nach Bulkley nicht nur eine schwere Form der A. simplex, sondern entwickelt sich meist verschieden von dieser. Patienten mit Akne indurata zeigen meist bestimmte diäthetische Zustände und sind oft grofser Schwäche unterworfen. (Bes. Skrofulose und Gicht.)

Die A. indurata geht aus Entzündung mehrerer Drüsen und des sie umgebenden Gewebes hervor. Bei A. indurata ist die konstitutionelle Behandlung am nötigsten, besonders auch in betreff der Diät und Hygieine (s. Kap. VII).

Eisen wird oft schlecht vertragen und ein kräftiges Tonikum ist oft von vorübergehender Verschlimmerung gefolgt. Dann sind oft anfangs kühlende alkalische Mittel angezeigt, besonders eine Medizin von essigsaurem Kali und Kampferwurzel, zu welcher bei funktioneller Störung der Menstruation ein Zusatz von 10—20 Tropfen Tinctura Cypripedii (pro dosi) gegeben wird.

℞ *Kali acet.* 15,0—30,0
Tinct. Nuc. vomic. 8,0
Extract. rumic. fluid. 120,0
S. Einen Kaffelöffel voll in Wasser eine halbe Stunde vor jeder Malzeit.

Säuren oder Alkalien, Schwefelcalcium unter den bei A. simplex angegebenen Indikationen.

Abführende Arzneimittel zieht er wenn nötig den Mineralwässern vor.

Leberthran wirkt gut, Milch vorzüglich, wenn sie ertragen werden. Glycerin ist brauchbar, Malzextrakt nützt wenig.

Die örtliche Behandlung richtet sich zunächst auf die Bekämpfung der Entzündungserscheinungen und die Entlastung der ausgedehnten Blutgefäfse und Drüsen. Heifse Waschungen und adstringierende Flüssigkeiten wie bei A. simplex erwähnt, Incision der Knoten und Applikation von warmem (nicht heifsem) Wasser zur Beförderung der Nachblutung.

Ist die akute Entzündung beseitigt und bleiben mehr solide Infiltrationen ohne Eiterung zurück, so sind Schmierseife und Lösungen von

Kali causticum am Platze. Förderlich ist die Spitze jedes Knotens mit Salpetersäure oder acid nitrate of mercury zu betupfen.

Auf sehr hartnäckige Knoten ward bei Nacht Salbe von Jodquecksilber gelegt.

℞ *Ungt. ciner.*
Ungt. jodat. ää

Statt dessen kann auch Solutio Vlemingkx oder Chrysarobinkollodium 1 : 15 verwendet werden.

3. Akne rosacea.

370 mal (109 Männer, 261 Weiber) unter 1500 Fällen. B. ist gegen die Trennung der Akne rosacea, auch des Rhinophyma, von den übrigen Akneformen. 3 Stadien: 1. Rötung, 2. Rötung, Papeln, Pusteln, 3. Gewebsverdickung.

Unter 20 Jahren sehr selten, 30—35 am häufigsten, einmal mit 83 Jahren.

Bei beiden Geschlechtern oft Verstopfung und Verdauungsstörungen. Gicht und harnsaure Diathese sehr häufig, Skrofulose nur selten. Oft Zirkulationsstörungen.

Unter 132 Frauen war bei 65 die Periode normal, 57 litten an habituellen, 10 an gelegentlichen Menstruationsstörungen. Oft war unregelmäfsige Diät und Hygieine, oft Alkoholmifsbrauch nachzuweisen. Rauchen ist schädlich wegen der Herabsetzung des Gefäfstonus und durch direkten Kontakt des Rauches.

Die Behandlung ist eine konstitutionelle und lokale.

Regulierung von Diät und Hygieine (cfr. VII. Kap.).

Die Darreichung von Alkalien vor dem Essen ist oft sehr brauchbar, bei grofser Säure im Magen besser nach Tisch. Stahl wird in der Regel schlecht vertragen. Bei Verstopfung alle 5—7 Tage ein starkes Abführmittel, aber keine Mineralwässer. Klystiere sind ungenügend. Nach dem Nachlafs der entzündlichen Erscheinungen ist oft Leberthran sehr gut.

Ergotin ist gelegentlich von Nutzen in Fällen, wo nur schlaffe Kapillaren als Reflexwirkung von einem andren Organe vorhanden sind, Schwefelcalcium bei Pustelbildung. [Ref. hat von beiden Mitteln keinen Erfolg gehabt.]

Lokal werden gegen die Entzündung beruhigende und leicht adstringierende Mittel angewendet (s. o.). Heifses Wasser ist bei schweren Fällen oft sehr erfolgreich, wird aber nicht von allen Patienten ertragen, sondern verursacht Brennen und Abschuppung.

Wenn die Hitze und das Brennen nicht excessiv sind, werden schwefelhaltige Waschwässer oft gut ertragen und führen zur Besserung.

℞ *Lact. sulf.*
Spirit. camphor.
Glycerin. ää 8,0
Liq. calcis ad 120,0

Wirken dieselben zu trocknend, so wird abwechslungsweise mit denselben ein mildes Wasser gebraucht.

Salben haben nur guten Erfolg, wenn die Haut sehr trocken ist.

Bleibt nach Verschwinden der akuten Symptome ein mehr indolenter Kongestivzustand zurück, so sind reizende Mittel (Schmierseife, Ätzkalilösungen) angezeigt mit nachfolgenden milden Mitteln. (s. o.)

Einzelne stärker ausgedehnte Kapillaren werden mit dem Messer geschlitzt und mit Höllenstein geätzt.

Das 7. Kapitel behandelt die Diät und Hygieine.

Hierbei ist vor allem ein genaues Studium jedes einzelnen Patienten nötig. Keine Hungerdiät, sondern nur eine entsprechende Diät. Im allgemeinen gelten folgende Vorschriften: Reichlicher Genuſs von Süſsigkeiten schadet, Eingemachtes, Honig, Sirupe, Konfekt, Eisrahm sind zu vermeiden. Etwas Zucker im Thee und Kaffee ist erlaubt. Butter, fette Substanzen und Leberthran sind zu empfehlen, wenn sie vom Magen gut ertragen werden, was bei gleichzeitiger Behandlung mit Alkalien oft der Fall ist. In Fett gebackene Speisen sind zu vermeiden, kein heiſses oder frisch gebackenes Brot. Meist haben einen Ausstoſs der Akne zur Folge: Nüsse, fetter Käse, viel Schokolade, Bananen, Bataten, Kohl und gesalzene Fische. Frische Fische sind zuträglich. Hafermehl wirkt nicht selten schädlich. Ungefähr die Hälfte der Aknekranken ertragen Thee und Kaffee, und sind dieselben dann einmal täglich zu erlauben. Eiswasser ist sehr schädlich. Beim Essen soll wenig getrunken werden, wenig Suppe. Oft ist es förderlich $^1/_2$—1 Stunde vor dem Essen heiſses Wasser trinken zu lassen, um den Durst zu löschen. Milch bei den Mahlzeiten ist unzuträglich. Die Milch muſs in den leeren Magen kommen (11 Uhr vormittags, 4 Uhr nachmittags und vor Schlafengehen). Nie soll zur Milch gegessen werden, keine Alcoholica in der Milch. Bulkley glaubt, daſs, wenn bei leerem Magen der Magensaft leicht alkalisch sei, die Milch, ohne vorher zu gerinnen, direkt resorbiert werden könne. Alcoholica sind ganz zu verbieten. Die Speisen müssen gut gekaut werden.

Hygieine: Viel Bewegung, häufiges Baden mit Abreiben der Haut. Zu viele kalte Bäder sind schädlich. Türkische Bäder sind nützlicher als Stimulans und als Reinigungsmittel, ebenso alkalische Bäder. Örtliche Dampfbäder dienen zur Erweichung der Pfröpfe. Allgemeine Dampfbäder und russische Dampfbäder sind nutzlos, Schwefel- und Sublimatbäder sind oft schädlich.

Auf Mineralquellen hält B. nicht viel und glaubt, daſs ein Teil der Wirkung der veränderten Lebensweise zuzuschieben sei.

Das 8. Kapitel enthält die oft recht komplizierten Rezeptformularien.

Das Buch ist mit groſser praktischer Erfahrung und groſsem Fleiſse geschrieben und kann jedem Kollegen warm empfohlen werden.

Kannstatt. Th. Veiel.

J. L. Milton. **Unität und Dualität in der Syphilis historisch betrachtet.** (*The Unity or Duality of Syphilis historically considered.*) Vortrag gehalten in der Willan Society in London. (*Edinburgh Med. Journ.* Mai 1886.)

Der Verfasser betrachtet die alte Streitfrage vom historischen Standpunkte. Seit 350 Jahren, d. h. seit die Konfusion begann, ist man in der Frage, ob das syphilitische Kontagium ein einheitliches sei, zu keinem entscheidenden Resultat gekommen. Wir wollen hoffen, dafs des Verf. pessimistische Anschauung, wir wären wahrscheinlich in ferneren 350 Jahren in dieser Frage ebensoweit wie heute, nicht in Erfüllung geht. Er selbst trägt sein Teil dazu bei durch fleifsige historische Forschung und einen Aufwand geistreicher Dialektik die Dualität zu beweisen. Lange vor dem grofsen Ausbruch der Syphilis im Jahre 1494 kannte man weiche einfache Geschwüre des Penis, welche durch geschlechtliche Ansteckung entstanden und als lokale Erkrankung behandelt wurden und heilten. In Indien und China sind dieselben nach Klein, Nelson und andern seit undenklichen Zeiten bekannt gewesen. Zweifellose Beschreibungen der Syphilis existieren nicht vor 1500. Wie wäre es also möglich, dafs eine wohlbekannte Krankheit mit einem Male den ganzen Charakter ihres Auftretens und ihres Verlaufes, ihrer Prognose und Heilbarkeit so sehr veränderte, wie man hier annehmen müfste? Ein Gleiches liefse sich in der ganzen Geschichte der Medizin nicht nachweisen.

Altona. Appel.

J. L. Milton. **Über die Pathologie und Behandlung der Gonorrhöe.** (*On the Pathology and Treatment of Gonorrhoea.* London, Henry Renshaw. 1883.)

Vorliegendes Werk enthält in monographischer Form die gesammelten und ergänzten Vorträge und Publikationen, welche der Verfasser, Arzt am St. John's Hospital in London, vor Jahren bereits veröffentlichte. Bei der verhältnismäfsig geringen Zahl von Monographien, welche über eine so allgemein verbreitete und häufige Krankheit, wie Gonorrhöe, existieren, werden wir den geehrten Lesern der *Monatshefte* eine Anzahl ausländischer Monographien in Gestalt von Buchreferaten vorführen.

Im 1. Kapitel obigen Werkes berichtet uns Milton über die Geschichte der Gonorrhöe. Die erste Andeutung der Krankheit findet sich in den Schriften des chinesischen Kaisers Ho-Ang-Ti vor 4500 Jahren. Den alten Römern war Gonorrhöe unbekannt. Wann sie überhaupt zuerst als ansteckende Geschlechtskrankheit aufgetreten ist, läfst sich nicht sehr weit zurück verfolgen, denn die alten Schriftsteller benannten mit Gonorrhöe, was wir jetzt Spermatorrhöe nennen. Feststehend ist, dafs bis zum Beginn des 18. Jahrhunderts der Tripper lange nicht so allgemein verbreitet war wie jetzt; es liefse sich sonst nicht erklären, dafs medizinische und andre

Schriftsteller ihn gar nicht erwähnen. SHAKESPEARE z. B. spricht oft von Syphilis, von Tripper nie.

Im 2. Kapitel beweist MILTON, dafs Gonorrhöe bei Männern wie bei Frauen nur durch gonorrhoisches Sekret entstehen könne. Er steht mit dieser Ansicht in England ziemlich isoliert. Für uns können die geistreichen Deduktionen und interessanten Krankengeschichten, mit denen die Unmöglichkeit der Entstehung des Trippers aus andern Ursachen (z. B. durch Genufs von Spargel etc.) bewiesen wird, jetzt nur noch ein historisches Interesse haben. Bei Männern beginnt der Tripper stets an der Übergangsstelle der äufseren Haut in die Schleimhaut der Urethra. Die ersten Erscheinungen treten in 78 % aller Fälle zwischen dem 1. und 9. Tage auf. Bei Frauen hat sich über die genauere Gegend der ersten Infektion, sowie über die Inkubationsdauer nichts feststellen lassen. Die Weiterverbreitung der Gonorrhöe kann nur durch Kontinuität stattfinden, jedoch können ja auch so die Folgen sehr ernste sein. Mit NÖGGERATH, welcher eine grofse Anzahl von Frauenkrankheiten, die Sterilität bedingen, auf gonorrhoische Infektion zurückführt, ist MILTON nicht einverstanden. Er sagt, Gonorrhöe würde schon längst jedes damit heimgesuchte Land entvölkert haben, wenn die Rechnungen NÖGGERATHS richtig wären. Ursache der Gonorrhöe ist stets der NEISSERsche Gonokokkus. Unter dem Kapitel Behandlung werden die zum Teil recht originellen Methoden der englichen Autoren angegeben. Das Verhältnis von Gonorrhöe zu Strikturen ist in folgenden Sätzen zusammengefast: 1. Strikturen findet man bei Personen, die niemals eine Gonorrhöe hatten, oder in so frühem Alter, dafs die Wahrscheinlichkeit einer gonorrhoischen Infektion auszuschliefsen ist. 2. Es kommen in schleimhäutigen Kanälen ähnliche Veränderungen ohne voraufgegangene Entzündung oder Eiterung vor. 3. Der Fortschritt der Striktur steht in keinem Verhältnisse zur Heftigkeit oder Dauer der Gonorrhöe. 4. Die Anzahl der Strikturenfälle im Vergleich mit der Zahl der Gonorrhöen ist sehr gering. 5. Gonorrhöe scheint bei Personen, welche sonst nie eine Striktur bekommen hätten, die Neigung zur Strikturenbildung zu entwickeln.

Besonders gründlich ist die Behandlung der Gonorrhöe besprochen und an übersichtlichen Tabellen die Wirkung resp. der Mifserfolg der äufserlichen und innerlichen Behandlung demonstriert. Die von MILTON abgebildete Injektionsspritze hat einen nur halb so langen Cylinder als die sonst gebräuchlichen, dagegen eine daran zu schraubende Spitze von dem Durchmesser des Katheters No. 6 von mindestens 2 Zoll Länge. Das Material der Spitze ist Silber oder besser Platina. Die Spritze wird bei WALTERS & Co., Moorgate Street 29, London, fabriziert. Auf pag. 172 ist zu Injektionen über die ganze Urethralschleimhaut eine Spritze mit einem in die Harnröhre einzuführenden katheterförmig gekrümmten Tubus abgebildet, welche dem von ULTZMANN angegebenen Instrument sehr gleicht. — Bei Frauen sind im akuten Stadium nur Ruhe und Injektionen von reinem Wasser nötig, später Zinklösung. Bei chronischen Fällen ist die interne

Behandlung wichtig. — Für uns ungewöhnlich ist die Beseitigung schmerzhafter Bubonen durch heifse Bäder, jedoch sagt Milton, sie machten jede Lokalbehandlung entbehrlich. — Ein interessantes Kapitel ist wieder die Behandlung der Orchitis, alle von den Autoren angegebenen Methoden wurden systematisch geprüft. Es ergab sich folgendes als die beste Methode: Zuerst wird gegen die Schmerzen Morphium gegeben; Milton wundert sich mit Recht, dafs diese naheliegende Medikation so selten stattfindet. Sowie die Schmerzen aufhören, ist die Entzündung gleich geringer. Sodann wird eine Mischung von Liquor Ammonii acetici, Spiritus aethereus und Mixtura camphorata mittels eines damit befeuchteten Leinenlappens auf den erkrankten Hoden gelegt. Der Umschlag mufs immer feucht gehalten werden. In 4 Fällen, sehr kräftige Männer, darunter ein Athlet und ein Kavallerieoffizier, passierte es Milton, dafs die Betr. bei dem Versuche, ihnen eine Einspritzung in die Harnröhre zu machen, plötzlich ohnmächtig umfielen und längere Zeit ohne Besinnung blieben. Mit dem Endoskop hat M. seine Patienten möglichst verschont, er begnügt sich mit der Wiedergabe der Schilderung von Auspitz. Wenn man es anwenden will, so sind akute Fälle jedenfalls ganz auszuschliefsen.

Altona. Appel.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Ungarn.

Dermato-syphilidologische Litteratur vom Jahre 1882.

Behandlung von Lupus vulgaris, von Dr. Adolf Havas. (*Orvosi Hetilap.* No. 6. 1882.) Havas gibt eine Übersicht seiner Erfahrungen über Lupus auf verschiedenen Hautkrankenabteilungen des Auslandes. Durch regressive Metamorphose gehen manchmal die Lupusknötchen von selbst zu Grunde; durch Rotlauf kann eine Besserung eintreten, obzwar Erysipel auch zu Tode führen kann.

Die ärztliche Behandlung geschieht innerlich und äufserlich.

Bei skrofulösen Individuen sollen innerlich nach Hebra und Vidal Leberthran, Jodpräparate und Jodwasser, bei anämischen und schlecht genährten Eisen und Arsen gegeben werden.

Die äufserliche Behandlung besteht aus:

a. die Resorption befördernden Mitteln. 1. Nach Ausätzen der Lupusfläche mittels Jodoform nach Riehl. 2. Leberthranumschläge (Hebra und Kaposi) geben vorübergehende Erfolge. 3. Empl. hydr. hat fast gar keinen Erfolg. 4. Jodglycerin ist sehr schmerzhaft, nicht viel wert. 5. Konzentrierte Lapislösung und Zinkchlorid sind schmerzhaft und wenig Erfolg versprechend.

b. Ätzmittel. 1. Argent. nitr. fusum zum Ausbohren. 2. Die modi-

fizierte Hebrasche Pasta arsenicalis. 3. 10 % Pyrogallussäure (Jarisch).

c. Galvano- oder Thermokauter.

d. Exstirpation mit oder ohne Transplantation. Im ersteren Falle kommen Recidive auf transplantierten Stellen, im letzteren knollige Narben vor.

e. Die chirurgische Behandlung besteht aus Auskratzen mittels Volkmannschen Löffels, aus punktförmiger und linearer Skarifikation mit Ätzmitteln verbunden (Balmano Squire) und ohne dieselben (Vidal). Havas hält letztere Behandlungsweise unter sämtlichen für die beste.

Behandlung des Erysipels, von Dr. Géza Faludi, Kinderarzt in Budapest. (*Orvosi Hetilap.* No. 7. 1882.) Faludi empfiehlt gegen Erysipel die Listersche Karbolpaste: Acid. carbol. 4,0, Olei oliv. 40,0, Cretae albae q. s. u. f. pasta mollis. Dieselbe soll auf Leinwand gestrichen und auf die befallenen Partien und deren gesunde Umgebung appliziert werden. Faludi behauptet, dafs er bei vielen Fällen dadurch die Krankheit lokalisiert hat.

Experimentelle Beiträge zur Lehre der Beziehungen des Nervensystems zu den krankhaften Veränderungen der Haut, von Dr. Arthur Irsai und Dr. Viktor Babes. (*Orvosi Hetilap.* No. 14, 15, 16, 17, 19. 1882 Deutsch in der *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis.* 1882. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1883. pag. 121.)

Die venerischen Krankheiten in Budapest, von Dr. Emil Iwoking, Direktorats-Adjunkt im Rochusspitale zu Budapest. (*Orvosi Hetilap.* No. 15. 1882.) Iwoking stellte aus den Spitälern und Polikliniken die Zahl der venerischen Krankheiten (Syphilis inbegriffen) in Budapest von 1872—1881 fest, und aus seinen 55 Rubriken umfassenden Tabellen gehen folgende Thatsachen hervor:

1. In Budapest sind die venerischen Krankheiten seit 1875 im fortwährenden Wachsen. Im Jahre 1872 waren daselbst in verschiedenen Spitälern 3712, 1875 2999, 1877 3943, 1881 4935 Kranke in Behandlung
2. Auffallend ist die unverhältnismäfsige Zunahme der Erkrankung der Männer. 1881 wurden um 114,88 % mehr Männer behandelt als 1875.
3. Die Erkrankung der Weiber ist auch im steten Wachsen, steht aber nicht in Verhältnis zu der der Männer. 1881 sind 24,52 % mehr kranke Frauen in Behandlung als im Jahre 1875.
4. Unter den Kindern verbreitet sich die Krankheit ebenfalls. 1881 sind 51,29 % mehr in Behandlung als 1875.
5. Das Militär leidet auch mehr und mehr an venerischen Krankheiten. 1875 gaben die venerischen Krankheiten 10,72 %, 1881 17,06 % aller Krankheiten im Militärspitale der Pester Seite ab. Ofener Seite (Garnisonspital No. 17) kam nicht in diese Statistik.
6. Für den Gradmesser der Intensität der venerischen Krankheiten hält

Iwoking die Häufigkeit der Syphilis, und weil die Syphilis fortwährend zunimmt, nimmt er an, dafs die venerischen Krankheiten immer intensiver werden. Nämlich 1873 litt 21,66 %, 1875 30,81 %, 1877 27,87 %, 1879 30,64 %, 1880 31,93 % und 1881 32,14 % der venerisch Erkrankten an Syphilis.

7. Die Zahl der behördlich kontrollierten Bordelle und Prostituierten nimmt fortwährend ab.
7. Iwoking weist separat aus, wie viele kranke Frauen aus den Bordellen und wie viele der geheimen Prostitution entstammen. 1880 sind um 16 %, 1881 19 % weniger, 1876–79 24 bis 27 % mehr kranke Frauen aus der geheimen Prostitution als 1875.
9. Die geheime Prostitution verbreitet die venerischen Krankheiten.
10. Die Zunahme der Eheschliefsungen verbreitet sie auch.

Mit Leberleiden kompliziertes multiples Xanthom. Krankenvorstellung von Dr. Berthold Stiller, Prim. im israelit. Spitale zu Budapest. (*Orvosi Hetilap.* No. 16. 1882.) L. G., 27jähr. Kaufmann, zeigt eine interessante Hautkrankheit. An beiden Augenlidern ist ein strohgelber oder welken Blättern ähnlicher Reif, welcher die Lidspalte mit geringer Annahme umkreist. Der 2—3 cm breite Reif hat unregelmäfsige, aber scharfe Begrenzung, welche kaum merklich sich über das Niveau der Haut erhebt. Der gelbe Streifen ist samtartig, nicht hart, ist leicht faltbar und verursacht keine subjektiven Symptome. Die Hautkrankheit entstand vor 5 Jahren an beiden inneren Winkeln der oberen Lider, und seitdem verbreitete sie sich auf die Nase, auf beide Schläfen, und in neuen Gruppen trat sie auch auf dem Halse vorn und hinten bis zum Brustkorbe auf.

Der Kranke hat vor Jahren Syphilis gehabt, und jetzt sind bei ihm die Symptome einer Cirrhosis hypertrophica hepatis zu konstatieren.

Stiller erwähnt einen ähnlichen Fall mit Lebercirrhose kompliziert gesehen zu haben und folgert daraus, dafs zwischen Xanthom und Leberleiden ein kausales Verhältnis obwalten mufs.

Ein Fall von Herpes iris und circinatus, vorgestellt in der Gesellschaft der Ärzte und Naturforscher in Kolozsvár von Dr. Gebee, Prof. für Hautkrankheiten und Syphilis in Kolozsvár (Klausenburg). (*Orvosi Hetilap.* No. 20. 1882.) Das 15jährige Mädchen bekam 3 Tage vor der Aufnahme einen Schüttelfrost, nachher Fieber. Am 3. Tage erschienen im Gesichte 3—4 bohnengrofse Blasen; am 5. Tage der Erkrankung Temperatur 38,6° C., Puls 102, Kopfschmerz, Schlingbeschwerden, am Kinn, Nacken kreuzer- bis thalergrofse rote Flecke, in deren Mitte sich Blasen erheben; an der Brust sind ähnliche Effloreszenzen, aber bei diesen sind die mittleren Blasen von schmalem, rotem Saum umgeben; hingegen hat sich peripher die Epidermis losgelöst und die angesammelte Flüssigkeit gab dem Ringe grauweifses Aussehen. In gröfserer Anzahl kamen stecknadelkopf- bis linsengrofse

Bläschen an den Extremitäten vor, die gröfseren mit rotem Hof umgeben. Vereinzelt waren auch serpiginös fortschreitende Blasen mit Reaktionserscheinungen zu sehen. Am dichtesten waren die Blasen an Hand- und Fufsrücken. An der Mundschleimhaut waren linsen- bis haselnufsgrofse, scharfbegrenzte mit schmutzigem Belage bedeckte Stellen. Die Mundschleimhaut war im ganzen rot und ödematös; die Lippen mit Borken bedeckt, an einzelnen Stellen exkoriiert, blutend. Am 7. Tage verlor sich das Fieber. Exantheme traten nur mehr vereinzelt und ohne Reaktionshof auf. Die Effloreszenzen heilten mit Hinterlassung von Pigmentflecken. Im letzten Stadium der Krankheit traten noch an sämtlichen Phalangen der Finger und Zehen bis nufsgrofse Blasen und Pusteln auf. Geber weist darauf hin, dafs das Auftreten und der Verlauf dieser Krankheit dem der infekt. Exantheme ähnelt.

Ein Fall von Malleus humidus des Menschen, von Dr. Gustav Dirner. (*Orvosi Hetilap.* No. 24. 1882.) T. V., 26jähr. Trainsoldat, wurde am 1. Mai 1882 mit Gesichtserysipel und 38,5° C. Temperatur in das Garnisonspital No. 16 zu Budapest aufgenommen. Am 21. April geschah die Infektion bei der Sektion eines rotzkranken Tieres, und tags darauf trat schon Niedergeschlagenheit, am 3. Tage Frostanfall und Erysipel im Gesichte auf. Durch 10 Tage bleibt das Erysipel lokalisiert, nachher abscediert die befallene Hautpartie. Während dieser Zeit mehreremal Frostanfälle. Am 15. und 16. Tage der Erkrankung erschienen um die Fufsgelenke Pusteln, am Halse ein Furunkel, an den Schenkeln und Oberarmen subkutane vereiterte Knoten; am 17. Tage am ganzen Körper, überhaupt aber im Gesichte Eruption von zahlreichen der Variola ähnlichen Pusteln; am 18. und 19. Tage traten wieder neue, darunter auch gangräneszierende auf. Am 20. Tage Kräfteverfall, Sinken der Herzkraft, Lungenödem. Nasenfluís und Drüsenanschwellungen wurden nicht beobachtet. Am 21. Tage Kollaps, Tod. Die Infektionsstelle nicht eruierbar.

Malleus humidus des Menschen, von Dr. Adolf Havas. (*Orvosi Hetilap.* No. 14. 1882.) Paul Brida, 23jähr. Schweinehirt, kam 1881, 14. Jan., auf die II. interne Abteilung des Rochusspitals mit Kopf- und Gelenkschmerzen und gibt an, seit 14 Tagen krank zu sein. Am 15. Januar linkes Ellbogengelenk, beide Fufsgelenke angeschwollen, Schmerz in allen Gelenken, Temp. 40,3° C. Am 17. Januar am rechten Schienbein hühnereigrofse, rote, schmerzhafte Geschwulst. Am 18. Januar Fluktuation dieser und Auftreten einer ähnlichen Geschwulst an der Stirn. 22. Januar die rechten Augenlider stark geschwollen, Bewufstlosigkeit, Temp. 40° C. 23. Januar nufsgrofse Knoten und einzelne linsengrofse Pusteln zerstreut am ganzen Körper. 25. Januar Kollaps und Tod.

Ein Fall von Epithelioma molluscum universale mit besonderer

Rücksicht auf das Wesen dieser Krankheit, von Prof. Dr. Ed. Geber. (*Orvosi Hetilap.* No. 27. 1882. Deutsch in der *Vierteljahresschr. f. Dermatologie und Syphilis.* 1882.)

Ein Fall von Phimosis congenita und Verknorpelung der Vorhaut und Verengerung der ganzen Harnröhre, von Dr. Sigmund Illés, Arzt in Csongrád-Sándorfalva. (*Orvosi Hetilap.* No. 29. 1882.) Ein 18jähr. Bauernbursche konnte seit 24 Stunden nicht urinieren. Illés fand eine solch hochgradige Phimose vor, dafs er mit dem dünnsten Katheter nicht in die Harnröhre gelangen konnte und allsogleich die Phimotomie ausführen mufste. Die Operation gelang nur mit gröfster Mühe. Die innere Lamelle der Vorhaut war messerrückendick knorpelhart, und die Vorhaut konnte selbst nach der Operation nicht zurückgeschoben werden, sondern die Ränder mufsten mittels Haken auseinander gehalten werden. Die Eichel war sehr klein, zusammengeschrumpft. Das Orificium urethrae externum war nicht zu finden, aber an der untern Fläche der Eichel war eine strahlig gefaltete Vertiefung, in der nach längerem Suchen eine Öffnung zum Vorschein kam, welche nur eine gewöhnliche Dratsonde passieren liefs. Nur nach vorheriger Spaltung der Harnröhre gelang es mittels einem Katheter No. 6 (englisch) in die Blase zu gelangen. Ein Katheter stärkeren Kalibers konnte wegen der gleichmäfsigen Verengerung der ganzen Harnröhre nicht hineingeschoben werden. Die Hoden waren gut entwickelt. Schamhaare waren spärlich vorhanden. Der Mann hatte noch nie den Beischlaf ausgeübt, hatte seit 3—4 Jahren des öfteren Harnbeschwerden, aber Retention kam diesmal zuerst vor. Illés entfernte die knorpelig entartete Vorhaut mittels Zirkumcision und erweiterte die Harnröhrenöffnung.

Neuere Fälle von durch Larven einer Getreidemilbengattung verursachten Hauterkrankungen, von Dr. Julius Koller, prakt. Arzt in Budapest. (*Orvosi Hetilap.* No. 32. 1882.) Am 19. Juli 1882 wurde Koller zu 26 Sackträgern gerufen, die Gerste vom Schiffe ans Land brachten und nach einer halben Stunde durch heftiges Jucken am Oberkörper ergriffen wurden. Koller fand bei ihnen am Halse, Rücken, Brust, Bauch und oberen Extremitäten und selbst an den Schenkeln sehr dicht stehende, mohn- bis hirsekorngrofse Bläschen und Pusteln auf mächtig entzündeter Basis, die ein unausstehliches Jucken verursachten. Koller sah schon vor 6 Jahren ähnliche Hauterkrankung bei Weizenabladern, und Prof. Geber beschrieb 1877 im *Orvosi Hetilap* ähnliche Fälle. Die mikroskopische Untersuchung der Gerstenkörner geschah durch den Phylloxera-Kommissär Géza Horvath, der eine grofse Zahl von Milben vorfand, die zuerst durch Robin 1876 im Getreidestaub entdeckt und von Geber 1877 in *Orvosi Hetilap* beschrieben und abgebildet worden sind. Diese Milben sind 8füfsige, Geschlechtsteile entbehrende Tierchen, die den Larven der Orabitet sehr ähnlich sind.

Myome der Haut, von Dozent Dr. Viktor Babes. (*Orvosi Hetilap.* No. 42, 43. 1882. Deutsch in *Ziemssens Handbuch.* Band XIV.)

Urticaria unilateralis und Chorea dimidiata nach Gelenkrheumatismus, von Dr. J. Róna, Sekund. im Rochusspitale zu Budapest. (*Orvosi Hetilap.* No. 53. 1882.) K. G., 18jähr. Prostituierte, kam am 18. Mai auf die Abteilung des Primarius Barbás. Vor 2 Jahren überstand die Pat. Typhus abd., auch wurde sie des öfteren auf der venerischen Abteilung behandelt. Im März 1882 trat bei ihr Polyarthritis auf, welche 2 Monate dauerte. Ende April erschienen am linken Unterschenkel längliche, auch rundliche erbsengroße und noch größere rote erhabene Knoten, welche nur wenig juckten und nach einstündiger Dauer verschwanden, um dann wieder zum Vorschein zu kommen. Anfangs Mai versagte einmal ihre Zunge im Gespräche den Dienst; sie stotterte und biſs sich die Zunge; auch fühlte sie in den linken Gesichtsmuskeln Zuckungen. Nach einigen Stunden hatten sich diese Symptome ausgeglichen, um öfters wiederzukommen. Nach 4 Tagen gesellten sich zu den beschriebenen Symptomen Zuckungen an der linken Ober- und Unterextremität, welche sich bei intendierten Bewegungen vergrößserten.

Am Tage ihrer Aufnahme waren die Gelenke normal, die Herzdämpfung nicht vergrößsert; der Spitzenstoſs im 5. Interkostalraum innerhalb der Mammillarlinie, daselbst hört man systolisches Geräusch; die Töne der groſsen Gefäſse sind normal; Anteflexis uteri, mäſsiger Cervix- und Vaginalkatarrh. An der linken Seite des Gesichtes, an der linken oberen und unteren Extremität choreatische Bewegungen und Zuckungen. An der linken Seite am Halse und Gesichte, linken Arm und Schenkel traten im Verlaufe des Tages Urticariaquaddeln auf, die nach 1—1½stündiger Dauer mit Zurücklassen eines roten Flecks verschwanden. Durch Kratzen und Schlagen kann man an angegebenen Stellen Urticaria factitia hervorrufen; auch ist eine Hyperästhesie dieser Seite vorhanden.

Nach einem Monate wurde vollkommene Heilung der Urticaria und Chorea erzielt; aber es entwickelte sich bei der Patientin eine typische Insufficientia bicuspidalis.

Aus dieser Krankengeschichte ist zu ersehen, daſs nach einer akuten Polyarthritis Endocarditis, Urticaria und Chorea derselben Körperhälfte auftrat; den Schluſs bildete dann eine Insuff. bicusp. Nach Rónas Auffassung muſs die Chorea und Urticaria unilateralis eines Ursprunges und im genetischen Zusammenhange mit der Endocarditis sein.

Zur Statistik der Blenorrhoea neonatorum, von Dr. Stefan Csapodi, Aspirant an der ophthal. Klinik des Prof. Schulek zu Budapest. (*Szemészet.* [ophthalmologisches Blatt] No. 3. 1882.) Während 6 Jahren, 1876—1881, wurden auf obiger Klinik 69 Kranke (134 Augen) durchschnittlich 1—2 wöchentliche Säuglinge, wegen Blen. conjunctivae behandelt. Die Cornea war an 38 Augen = 28,3 % miterkrankt. Verloren gingen 19 Augen = 14 %.

Auf der geburtshilflichen Klinik des Prof. Kézmar-Skey in Budapest kam im Jahre 1880/81 unter 840 Neugeborenen 48mal = 5,7 % Ophthalmia

neonatorum vor. Unter den 48 Erkrankungen wurde nur einmal, = 2 %, die Cornea mit angegriffen. Die Erkrankungen stellten sich bei diesen 48 am ersten Tage in 2, am zweiten Tage in 6, am dritten Tage in 10, am vierten Tage in 5, am fünften Tage in 7, am sechsten Tage in 6, am siebten Tage in 5, am achten Tage in 3 Fällen ein.

Syphilitisches Geschwür an der Conjunctiva, von Dr. Ignatz Ottava, Assistent der Augenklinik zu Budapest. (*Szemészet.* No. 3. 1882.) N. J., 22jähr. Mädchen, hatte am 2. Mai 1882 in der Mitte der Conjunctiva des linken oberen Augenlides ein qmm breites Geschwür, dessen Ränder erhaben, buchtig, blaurot sind und dessen Grund speckig belegt ist. Polyadenitis. Nach 5 Einreibungen von grauer Salbe (à 2 g) fängt das Geschwür zu heilen an; aber rasch entwickelte sich eine Irido-Keratitis desselben Auges. Nach fortgesetzter Einreibungskur war am 26. Mai eine Heilung des Konjunktivalgeschwüres, der Iritis und Keratitis zu konstatieren.

Ein Fall von Pemphigus conjunctivae, von Dr. Zoltán Somogyi, Aspirant obiger Augenklinik. (*Szemészet.* No. 4. 1882.) M. B., 39jähr. Landmann, kam am 14. April 1881 auf die Augenklinik des Prof. Schulek und gibt an, seit 3 Wochen augenkrank zu sein: Nie hatte er an seinem Körper einen Ausschlag bemerkt.

St. pr.: Haut normal. Die Augenlider, insbesonders die oberen, sind rot, polsterartig angeschwollen, weich, etwas schmerzhaft; am untern Augenlid eine 5—6 mm breite epithellose Stelle. Die Conjunctiva der Lider ist von einer grau-gelben, leicht ablösbaren Kruppmembran bedeckt. Nach Entfernung dieser Membran tritt eine punktweise blutende Stelle zum Vorschein. Die Conjunctiva bulbi ist hyperämisch, wenig geschwollen, die Übergangsfalte stark gedunsen. Cornea gesund. Man hielt diese Erkrankung für eine kruppöse Conjunctivitis. Am 3. Tage bedeckte das kruppöse Exsudat auch die Übergangsfalten, am 4. Tage auch die Conjunctiva bulbi, am 5. Tage lösten sich die Häute los, am 6. Tage wurden die Flächen mit Lapis touschiert. Am 8. Tage frische Eruption. Am 10. Tage erschienen 25—30 erbsen- bis 10 pfenniggroſse, mit Serum gefüllte Blasen, einzelne von einem Hof umgeben auf Stirn und im Gesichte. An der Conjunctiva waren keine Blasen zu sehen. Dieser Fall ist ein Ebenbild von dem Falle Borysiekienvicz, bei welchem der Pemphigus Conjunctivae auch nur unter dem Bilde kruppösen diphteritischen Belages auftrat. Am 16. Tage verlieſs der Kranke mit einfacher Conjunctivitis das Spital. Am 16. Mai, also 26 Tage nach seiner Entlassung, kam er wieder in dem oben beschriebenen Zustande zurück. Nach 23tägiger Behandlung wurde er abermals entlassen, um am 23. September, also 2½ Monate später, wieder aufgenommen zu werden. Damals war die Conjunctiva palpebrarum des linken Auges völlig mit der Conj. bulbi und auch mit der Cornea, die des rechten Auges nur mit der Conj. bulbi verwachsen. An der Haut wurde keine Eruption mehr beobachtet.

Budapest. Róna.

Italien.

Dr. A. Giletti hatte Gegenheit mit Dr. Lustgarten in Wien gemeinsam **Präparate von Syphilis auf Baccillen** zu untersuchen. Er ist von der spezifischen Natur der gefundenen Organismen überzeugt. (*Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1885.)

Prof. Scarenzio, Pavia, berichtet (ebenda) über einen interessanten Fall von **Pseudoschanker.** 1874 behandelte er einen 25 jährigen Herrn an syphilitischem Schanker mit nachfolgender allgemeiner Syphilis. Darauf blieb der Patient 9 Jahre gesund, verheiratete sich mit einer Frau, welche ebenfalls gesund war und blieb. 1883 trat genau an der Stelle des früheren Schankers eine nicht ulcerierende Verhärtung auf. Die Drüsen schwollen an, und es folgte ein papulöses Syphilid.

Prof. Pietro Gamberini, Bologna, hatte Gelegenheit 3 Fälle von **Rinophyma** zu beobachten. In den pathologisch-anatomischen Details schliefst er sich ganz Hans Hebra an. In dem klinischen Teil wird Gewicht gelegt auf die Differentialdiagnose zwischen Akne rosacea und Elephantiasis der Nase. Bei Rosacea ist Hyperämie und Erkrankung der Drüsen das Primäre, bei Rinophyma das Sekundäre. Die verschiedenen Heilmittel, welche erfolgreich gegen Rosacea ins Feld geführt werden, sind gegen Rinophyma wirkungslos, da hilft nur ein chirurgischer Eingriff. Bei Elephantiasis überwiegt das Ödem, beim Rinophyma ist die Pastosität durch reiche Infiltration mit embryonalen Zellen bedingt. (*Giorn ital. della mal. ven. e delle pelle.* 1885.)

Prof. R. Campana, Genua, teilt seine Befunde über die **mikroskopische Untersuchung psoriatischer Haut** mit. Er fand 1. Hypertrophie des Stratum corneum, lucidum und des Reticulum. 2. Hypertrophie und leichte entzündliche Infiltration der Papillen. 3. Ektasie, oberflächliche Lage und Reichlichkeit der Papillengefäfse. (*Giorn ital. delle mal. ven. e della pella.* 1885.)

Aus Prof. G. Tizzonis Laboratorium für allgemeine Pathologie berichtet Dr. S. Giovanni über die **Lebensthätigkeit der Hautelemente bei Entzündungen und Neubildungen** (*Gazzetta degli Ospitali.* 1885. No. 35.) Durch Flemmings lehrreiche Veröffentlichungen aufmerksam gemacht fand der Verf. die für indirekte Kernteilung charakteristischen Figuren im Rete Malpighii bei Blasen, welche durch Kantharidenpaste erzeugt waren, ferner in entzündlichen syphilitischen Papeln der äufseren Genitalien und schliefslich an dem Psoriasisflecken eines Knaben; die Stelle war mit einer Schuppe bedeckt und noch unbehandelt.

Altona. Appel.

Ducrey. **Klinisch und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis einiger Jodismuserscheinungen.** (*Riv. internaz. di Med. e*

Chir. November 1886.) Verfasser berichtet über 2 Fälle von Hauteffloreszenzen, welche unzweifelhaft durch Jodkalium erzeugt waren. Der erste bestand in einer schon von BESNIER beschriebenen Eruption anthraxähnlicher Pusteln, der 2. in einer noch nicht beschriebenen hämorrhagischen Urticaria. Nach Ablauf der 1. Hauteruption erzeugte der Verf. experimentell bei denselben Individuen Jodexantheme durch Applikation andrer Jodpräparate: Jodnatrium, Jodammonium, Jodtinktur und Jodoform. Bei örtlicher Anwendung traten dieselben Erscheinungen aber in kleinerem Maßstabe auf (entgegen GAMBERINI und PELLIZZARI). Der Verf. kommt zu dem Schlusse, daß der Jodismus nur eine Reflexerscheinung sei, weil 1. an den Stellen, an welchen Talg- und Schweißdrüsen gehäuft sind, die Jodismuserscheinungen nicht stärker auftreten; 2. die die Pusteln umgebenden Drüsen stets gesund sind; 3. große Dosen nicht mehr bewirken als kleine; 4. die Effloreszenzen und ihre Intensität bei den verschiedenen Individuen variiert; 5. bei genauen Untersuchungen im Pustelinhalt nie eine Spur von Jod gefunden wurde.

MAROTTA (*Riv. clin. e terapeut.* 1886. Dez. 11) publiziert in 5 Kapiteln seine Untersuchungen über die **Mikroparasiten der Blattern.** Seine Resultate sind folgende: 1. In Blatternblasen, welche nur Lymphe enthalten, findet sich stets nur eine einzige Mikroorganismenart, der „Mikrococcus tetragenus." In Pusteln hingegen findet man viele Mikroorganismen, besonders den Mikrococcus albus, welcher dem von den Autoren beschriebenen und für pathogen gehaltenen ähnlich ist. 2. Andre Forscher (KLEBS, COHN, BAREGGI) hatten diesen Mikrococcus tetragenus schon gefunden, hatten ihm aber keine Bedeutung beigelegt. 3. Die größeren, von einigen beobachteten Mikrokokken sind nur durch schlechte Färbungsmethoden erzeugt. 4. Der Mikrococcus tetrag. gedeiht sehr gut auf Nährgelatine und Agar-Agar (wenn sie stark alkalisiert sind), ferner auf geronnenem Blutserum und gekochten Eiern. Auf Kartoffeln entwickelt er sich nicht. 5. Er gedeiht besser in etwas alkalisierten Medien. 6. Die Kulturen haben eine orangegelbe Farbe und sind dick, glänzend und erhaben. 7. Das Wachstum der Kolonien ist in Gelatine langsam (etwa 1 Monat), schnell in Blutserum bei 37° C. 8. Der Mikrococcus tetrag. verflüssigt Gelatine und Blutserum langsam; die verflüssigten Medien reagieren stark alkalisch. 9. Die Mikrokokkenentwickelung geschieht von 16—43° C, am besten aber bei 39° C. 10. Die Impfungen auf Kälber auch mit der 7. Reinkultur erzeugen den Pockenpusteln ähnliche Effloreszenzen. Impfungen auf Hunde blieben erfolglos. 11. Impfungen auch mit großen Mengen von Mikrokokken in das subkutane Gewebe von Hunden und Meerschweinchen erzeugen keine spezifische Läsion, es handelt sich also nicht um pyogene Mikrokokken. 12. Zum Schlusse wird die Behandlung mit Säuren empfohlen.

GAMBERINI. **Herpes circinatus und Herpes iris.** (*Giorn. internaz. di scienze med.* Nov. 1886.) Verfasser berichtet über einen Kranken

lassen Affektion kreisförmig angeordnete Blaseneffloreszenzen bildet; diese nähern sich an einigen Körpergegenden mehr dem Bilde des Herpes iris, an andern dem des H. circinatus, so daſs also beide Krankheitsformen an einem Individuum konstatiert sind. Der Verf. schlieſst daraus auf die Identität beider Herpesarten. Was die Ätiologie betrifft, so ist GAMBERINI noch unentschieden, ob unbekannte Mikroorganismen oder spezifisch wirkende Alkaloïde anzuschuldigen sind. Jedenfalls neigt er sich der von DÉLÉTANG für Herpes phlyctaenodes und vom Ref. für Pemphigus behaupteten Ansicht zu, daſs die Ursache eine von innen heraus wirkende ist, während die anatomische Basis stets eine Dermatitis ist.

SITONE. **Syphilitische Herzneurose.** (*La Terapia moderna.* Jan. 1887.) Ein 30jähriger Mann, seit 6 Jahren syphilitisch, im übrigen gesund, wurde eines Abends plötzlich von starken Schmerzen in der Herzgrube und fürchterlicher Präkordialangst befallen. Die Beschwerden kehrten anfallsweise mehrmals täglich wieder. Nachweisbare Veränderungen waren an keinem Organ vorhanden. Die Behandlung war 2 Monate lang erfolglos, bis eine antisyphilitische Kur schnelle Genesung herbeiführte. Dies ist der 2. Fall von ausschlieſslich funktionellen Herzläsionen, die S. beobachtete.

MAJOCCHI. **Die papillären, präaurikulären Hautteratome.** (*Ateneo medico Parmense.* Januar 1887.) Verfasser hat als vorläufige Mitteilung eine klinische und histologische Untersuchung einiger, stets kongenitaler, an der Regio parotidea meistens vor dem Tragus sitzender Geschwülstchen veröffentlicht. Dieselben sind meist isoliert, selten penduli, gewöhnlich einseitig, von normaler Haut bedeckt. Meistens sind 3 vorhanden, das eine davon wird dann gewöhnlich bohnengroſs. Im Zentrum findet man immer ein Hyalinknötchen, das sich durch viele Bau- und Formeigentümlichkeiten auszeichnet. Ein gröſseres Werk über diesen Gegenstand, dessen Lehre noch neu ist, ist in Arbeit.

GABBI. **Beobachtungen über die Pigmentgenesis bei Morbus Addisonii.** (*Riv. Clinica.* August 1886.) Zwei gut beobachtete Fälle. In dem einen Falle wurde die Veränderung der Nebennieren und des Semilunarganglion (Bindegewebsentartung und Volumenwachstum) durch die anatomische Untersuchung als von syphilitischer Natur erkannt. In beiden Fällen fand sich eine überaus starke Zerstörung roter Blutkörperchen im Knochenmark, daher schwere Anämie und Pigmentanhäufung im Blut.

MASSEI veröffentlicht seinen Bericht für 1885/86 in *Giorn. internaz. di scienze med.* Dezember 1886. In 125 Fällen von **Syphilis** der Nase, des Mundes, des Pharynx und des Kehlkopfes wurde Kehlkopfsyphilis 23 mal gefunden. Bei einem 10jährigen Kinde zeigten sich breite Warzen auf den aryepiglottischen Ligamenten, eine gewifs sehr selstene Beobachtung.

PERLI hat in *Giorn. internaz. di scienze med.* Mai 1886 nachgewiesen,

dafs es von keinem besonderen Vorteile ist Jodkalium und Chinin enthaltende Salben mit **Lanolin** darstellen zu lassen. Es wird nämlich die Resorption durch die Haut dadurch nicht begünstigt.

Tommasoli. **Bemerkungen über das Wesen des Herpes zoster.** (*Giornale internaz. di scienze med.* Juli 1886.) Verfasser kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen:

1. Jene, mit einem bestimmten charakteristischen Typus auftretenden, vesikulär-bullösen Erscheinungen, die wir als Herpes zoster bezeichnen, entstehen unter Mitwirkung des Nervensystems.

2. Die Nervenveränderungen, durch welche die Entwickelung des H. zoster bedingt ist, können einen peripherischen oder zentralen Ursprung haben, d. h. sie können vom Zentrum ausgehen oder nach dem Zentrum streben.

3. Es scheint beinahe gewifs zu sein, dafs diese Nervenläsionen in peripherischen Neuritiden bestehen, und dafs das betr. Ganglion meist mitbeteiligt ist.

4. Wie eine solche Neuritis sich mit der Hautaffektion verbindet, welche in ihrem Gefolge auftritt, hat mit den bisherigen Untersuchungsmethoden noch nicht ermittelt werden können.

5. Es ist aber schon nachgewiesen, dafs nicht jede Neuritis, die zentralen oder peripherischen Ursprungs ist, eine Zostereffloreszenz im Gefolge hat. Wir dürfen uns daher bei der Erforschung der Zosterentstehung mit der Neuropathie allein nicht zufrieden geben.

6. Aufser der Neuropathie existiert stets eine andre Einwirkung oder am besten ein andres pathogenes Agens, welches mit Vorliebe auf die Nerven und dann von und mit den Nerven auf das Hautgewebe wirkt.

7. Für dieses path. Agens mufs, wie es scheint, damit es in Thätigkeit treten kann, irgend eine andre Ursache den Boden zubereiten, so dafs (vom Zentrum oder von der Peripherie aus) irgend ein Nervenstamm eine pathologische Veränderung erleidet. Es kann aber auch die parenchymatöse Neuritis das Primäre sein, und dann erst tritt infolge derselben Zoster auf.

8. Von welcher Beschaffenheit dieses Zosteragens sei, konnte bisher nicht ermittelt werden. Viele Thatsachen führen uns aber zu der Überzeugung, dafs es ein ansteckendes Virus sei.

9. Der Zoster würde somit nach Landouzys Ansicht in eine neue Klasse von akuten, spezifischen Neurodermopathien zu rechnen sein, und unter diesen würde der Zoster, wie die Lepra unter den chronischen, das Hauptleiden sein.

10. Die bisher angegebenen Unterscheidungen von spontanem, traumatischem, neuritischem und trophoneurotischem Zoster sind entweder unbegründet oder überflüssig.

11. Es gibt nur eine, nie oder sehr selten recidivierende, mit bestimmtem Typus (Zoster oder Zona) längs irgend eines Nervenverlaufes auftretende Herpeserscheinung, die von einem Virus bedingt ist, welchem wahrscheinlich

meistens andre disponierende, mitwirkende, bald äufsere, bald innere, bekannte oder nicht bekannte Ursachen zu Hilfe kommen.

12. Korrespondiert jede andre vesikulo-bullöse Hauterscheinung diesem Typus, so ist dieselbe ein Herpes zoster, sowohl was die Genesis wie auch die Symptomatologie betrifft; wenn sie aber nicht korrespondiert, so verdient sie kaum als zosterförmig bezeichnet zu werden, und diese Bezeichnung ist eine überhaupt überflüssige.

13. Die Natur dieses Zosters liegt noch vollkommen im dunkeln. Einige Beobachter aber trachten danach, ein Verwandtschaftsverhältnis zwischen ihm und einem malarischem Virus festzusetzen.

14. Wenn der gröfste Teil der noch im dunkeln liegenden Fragen erklärt sein wird, wird man vielleicht finden, dafs dieser Herpes nicht von den andern (präputial, labial etc.) zu trennen ist, und dafs alle als Mitglieder einer und derselben Familie betrachtet werden müssen.

Siena. TOMMASOLI.

(Bearbeitet von Dr. APPEL, Altona.)

Rufsland.

Bemerkungen über subkutane und intramuskuläre Injektionen von Jodpräparaten bei Syphilis, von Dr. CARL SCHADECK, Kiew. (*St. Petersburger Med. Wochenschr.* 1886. Nr. 29.) Jod ist zwar vorzugsweise in der gummösen Periode wirksam, SIEGMUND und ZEISSL haben jedoch auch sekundäre Symptome dem Jod weichen sehen. Um die störende Wirkung des Jods auf den Magenkanal zu vermeiden oder um eine schnellere Resorption zu erzielen, ist schon von vielen Jodkali subkutan gegeben worden. Durch die heftig auftretenden Schmerzen und Entzündungen an der Einstichstelle kam man immer wieder von dieser Applikationsweise zurück. ANGELO ARCARI war der erste, welcher Jodnatrium statt das Jodkalium nahm. Verfasser hat 90 Injektionen gemacht. Die in Gebrauch gezogene Lösung wurde sorgfältig neutralisiert und filtriet und nach folgender Formel bereitet:

℞ *Natrii* (*Kalii*) *jodati* 3,0
Aquae dest. 10,0.

Jeden zweiten Tag wurde die Lösung frisch bereitet. Täglich erhielt jeder Kranke eine Pravazsche Spritze (also 0,3) auf die gewöhnliche Weise in die Glutäalgegend injiziert. Nach der Injektion trat Schmerz in allen Fällen auf, Dauer ¼ bis einige Stunden. Jodkalium rief stärkere und andauerndere Schmerzen hervor als Jodnatrium. Abscesse und Entzündungen traten infolge der beobachteten Reinlichkeit nicht auf. Den therapeutischen Effekt hat der Verfasser nicht studiert. Die Methode ist zu empfehlen bei Verlust des Bewufstseins, bei Schlingstörungen, bei Leiden des Verdauungstraktus. Bei andern Gelegenheiten läfst sie sich gut mit der inneren Darreichung kombinieren.

Altona. APPEL.

Krówczynski (*Przeglad Lekarski.* 1887. Nr. 1 und 2) beschreibt einen **Syphilisfall mit frischen Erscheinungen nach 64jähriger Dauer.** Der betreffende Kranke wurde im Säuglingsalter infiziert. Frische Gummata und Narben okkupieren einen grofsen Teil der Thorax- und Bauchhaut; sie erscheinen und involvieren kontinnierlich seit 30 Jahren. Allgemeinzustand sehr gut.

Warschau. Funk.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Riehl. *Zur Anatomie u. Ätiologie der Orientbeule.* (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1886.)

Bidault. *Du lupus compliqué d'épithelioma.* Lille 1886.

Ehrmann. *Ein Fall von halbseitiger Neuritis spinaler Äste bei recenter Lues.* (Wr. med. Blätter. 1886. No. 46/47.)

Gottstein. Alvarez et Tavel, *Recherches sur le bacille de Lustgarten.* Klemperer. *Über Syphilis- und Smegmabacillen.* (Fortschritte der Medizin. 1886. No. 4.)

— *Die Beeinflussung des Färbungsverhaltens von Mikroorganismen durch Fette.* (Ebenda. 1886. No. 8.)

— *Über Entfärbung gefärbter Zellkerne und Mikroorganismen durch Salzlösungen.* (Ebenda. 1885. No. 3.)

— *Bemerkungen über das Färbungsverhalten der Tuberkelbacillen.* (Deutsche Medicin. Wochenschr. 1886. No. 42.)

Strümpell. *Einige Bemerkungen über den Zusammenhang zwischen Tabes resp. progressiver Paralyse und Syphilis.* (Neurologisches Centralblatt. 1886. No. 19.)

Bohn. *Das klimakterische Ekzem.* (Archiv für klinische Medizin.)

Ehrmann. *Über das Ergrauen der Haare und verwandte Prozesse.* (Allg. Wr. med. Zeitung. 1884. No. 29.)

Bizzozero e Manfredi. *Sul mollusco contagioso.* Klinisch-Anatomisches. (Archivio per le Scienze mediche. 1886. I.)

— *Sul mollusco contagiosa.* Histologisches. (Rivista Clinica. 1871.)

Jamieson. *The histology of Psoriasis.* Edinburg 1879.

Bizzozero u. Manfredi. *Über Molluscum contagiosum.* (Centralblatt für die mediz. Wissenschaften. 1876. No. 7.)

— *Sullo sviluppo del Mollusco contagioso.* (Rendiconti del R. Istituto Lombardo. Serie II. Vol. VII. Fasc. IV. e VII.)

Druckfehlerberichtigung.

No. 1. S. 47. Zeile 16 v. u. statt König soll stehen Dr. Krönig.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

H. v. Hebra, Hyper

Verlag von Leopold Vo

Chromolith von Joh. N. Vernay, Wien

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 7. 1. April 1887.

Hyperkeratosis subungualis.

Von

Dr. H. von Hebra.

Mit 1 chromolithographischen Tafel.

Bei der Beurteilung der Nagelkrankheiten mufs man berücksichtigen, ob die Veränderung vom proximalen, oder vom distalen Anteil ausgeht — mit andern Worten, ob die Nagelmatrix zuerst erkrankt, oder ob von der Fingerspitze aus gegen die Matrix zu sich krankhafte Veränderungen einstellen.

Im ersten Falle, wenn also vom Hause aus die Erkrankung an der Nagelmatrix sich manifestiert, wird der Nagel, sobald er unter dem Nagelfalz hervortritt und dadurch sichtbar wird, abnorm erscheinen; die Abnormität kann geringeren oder höheren Grades sein, wird sich aber immer dadurch charakterisieren, dafs der ganze Nagel und somit auch seine Oberfläche ein Aussehen erhält, das ihn sofort als pathologisch produziert erscheinen läfst. Er führt dann entweder Längs- oder Querriffe, spaltet sich manchmal in Lamellen, weist Lücken auf und wie dieser mannigfachen Bilder mehr sind.

Anders ist es, wenn die Erkrankung von der Fingerspitze, also von dem distalen Ende des Nagels ausgeht. In diesem Falle wird der Nagel in physiologischer Weise produziert, erscheint daher auch vor der Lunula ganz normal, und unterliegt erst Veränderungen, sobald er an die kranke Stelle gelangt.

Ich habe seinerzeit[1] dargethan, dafs die Epidermis mit Aus-

[1] *Wiener med. Jahrbücher.* 1880.

nahme ihres oberflächlichsten Teiles, also ihre Stachel- und Körnerschicht, unter den Nagel hin sich von der Fingerspitze aus bis zu jener halbmondförmigen Linie erstreckt, welche wir als den Rand der Lunula zu bezeichnen pflegen, und habe damals auch die Überzeugung ausgesprochen, dafs die Farbenverschiedenheiten am Nagel durch die Gegenwart dieser subungualen Epidermislage erzeugt werden.

Dieses epidermidale Stratum ist es nun, welches das Substrat für die in Rede stehende Erkrankung abgibt, welche ich als Hyperkeratosis subungualis vorführe und mit einem exquisiten Falle illustriere.

Herr P. G. kam am 19. August 1885 auf meine Abteilung an der allgemeinen Poliklinik, an welchem Tage die beifolgende Abbildung aufgenommen wurde.

Man sieht, dafs sämtliche 10 Fingernägel ergriffen sind, und ganz ähnlich wie diese, waren es auch die Nägel an den Zehen. Dabei fällt vor allem Andren auf, dafs zwischen dem Nagel und dem unterliegenden Bindegewebe eine graue oder grünlich-schwärzliche Masse eingeschoben ist, deren Dicke zwischen 1 und 5 mm variiert. Diese Einlage läfst sich mit einem spitzigen Instrumente mit geringer Kraftanstrengung als eine blätterige Masse unter dem Nagel hervorholen. Ganz deutlich sieht man, dafs sie den Nagel hebt, dafs dieser darüber hinweg geschoben werden mufs und sich jenseits derselben an dem freien Fingerrande wieder nach abwärts biegt, vorausgesetzt, dafs er ungeschnitten geblieben ist. Am besten ist dies an den beiden mit + bezeichneten Abbildungen des kleinen Fingers der linken Hand wahrnehmbar. Ich habe diese Wachstumsveränderung, welche zur Onychogryphose führt, bereits vor mehreren Jahren pag. 406 meines Lehrbuches ausführlich beschrieben.

Der bloſse Anblick der hervorgeholten, blätterförmig zerfallenden Gewebspartien lehrt, dafs man es mit einer Verdickung der Epidermis, mit einer Wucherung ihres verhornten Stratums zu thun hat. Diese Wucherung erstreckt sich von der Spitze aus verschieden weit unter den Nagel; bei denjenigen Fingern, an denen das Leiden zuletzt aufgetreten ist, reicht sie nur einige Millimeter weit unter den Nagel hin, während sie an den andern

bis direkt an die Lunula vorgedrungen ist. Der Dauer der Krankheit entsprechend haben sich auch Veränderungen am Nagel selbst eingestellt; während an jenen Nägeln, bei denen das Übel erst jüngeren Datums ist, die Oberfläche des Nagels glatt und normal erscheint und hier nur die Farbe durch das Durchscheinen der grau-grünen Unterlage eine dunklere geworden ist, fand man an den andern, an denen die Krankheit zuerst aufgetreten war, bereits eine lamellös-rissige Oberfläche. Am stärksten zeigte sich dieses Abblättern an der Grenze der Lunula, also dort, wo der Nagel an dieses gewucherte epidermidale Stratum gelangte und von demselben aus seiner normalen Wachtumsrichtung verdrängt wurde.

Den Angaben des Patienten zufolge zeigten sich die ersten krankhaften Erscheinungen vor ungefähr vier Monaten und zwar begannen sie an den beiden Daumen, dem Zeigefinger der linken und dem Mittelfinger der rechten Hand, und es sind dies auch diejenigen, die an der nebenstehenden Abbildung am intensivsten verändert erscheinen. In einem Zeitraume von ungefähr einem Monate wurden auch die übrigen Finger ergriffen, nur der kleine Finger der linken Hand blieb am längsten gesund und erkrankte erst 6 Wochen, bevor der Patient sich vorstellte. Zuerst bemerkte er eine hochgradige Empfindlichkeit längs der Ränder der Nägel, welche mit einer Verdickung und gleichzeitiger Fissurierung der Epidermis daselbst begann. Die Finger wurden selbst für die leichteste Beschäftigung unbrauchbar.

Ich muſs hier speziell erwähnen, daſs keinerlei Irritament für die Entwickelung des Leidens aufgefunden werden konnte. Der Patient ist Amtsdiener in einer der ersten Banken Wiens und hat sich dabei nur mit der Besorgung von Aufträgen, mit dem Herrichten der verschiedenen notwendigen Schreibmaterialien und dergl. zu beschäftigen; aber auch aufserhalb seiner eigentlichen Dienststunden beschäftigte er sich, wie ich mich noch speziell und mehrfach erkundigte, mit nichts, was einen Reiz auf der Haut zu erzeugen imstande gewesen wäre, so daſs ich anamnestisch keinen Anhaltspunkt für die Entstehung des Übels gewinnen konnte.

Gleichzeitig mit der Zunahme der epidermidalen Verdickung

sollen auch die Rhagaden an Quantität und Tiefe zugenommen haben, bis endlich diese letzteren wieder verheilten und der zur Zeit der Abbildung vorhandene Zustand sich binnen kurzem einstellte. Dabei bemerkte der Patient, dafs die Nägel immer mehr und mehr gehoben wurden, so dafs die erst erkrankten im Verlaufe des 3. Monates in der Distanz von der Spitze bis zur Wurzel (wie er sich ausdrückt) in einem höheren Niveau verliefen, als die Lunula. Zugleich hiermit veränderte sich auch die Farbe, bis sie endlich das dunkelbraungraue Kolorit, welches die Abbildung aufweist, erreichte.

In dem Wachstum der Nägel war während der ganzen Zeit keine Unterbrechung eingetreten. Bei den meisten war sogar die Oberfläche glatt geblieben und wies auch den dem Nagel eigentümlichen wachsartigen Glanz auf; nur dort, wo die Krankheit den höchsten Grad erreicht hatte und bis in die Gegend der Lunula vorgedrungen war, traten Querspaltungen der Nagelsubstanz ein.

In ganz ähnlicher Weise, aber in geringerem Mafse, war dieselbe Affektion an den Nägeln sämtlicher Zehen gleichfalls aufgetreten.

Ich glaube nicht, dafs die Bezeichnung, welche ich für das beschriebene und abgebildete Übel gewählt habe, einer besonderen Rechtfertigung bedarf. Einerseits die von mir konstatierte Thatsache, dafs die Stachel- und Körnerschicht der Epidermis eine Strecke weit unter dem Nagel hinzieht, anderseits der Umstand, dafs die krankhafte Veränderung sich gerade auf diese Partie erstreckt und eine Vermehrung dieses epidermidalen Anteiles darstellt, liefert wohl mehr als genügende Beweismittel für die Richtigkeit meiner Anschauung.

Anders verhält es sich betreffs der Eruierung der Ätiologie des Übels. Ich habe oben schon erwähnt, dafs für unsern Fall die Einwirkung von äufseren Reizmitteln auszuschliefsen war, und es liefs sich allenfalls noch vermuten, dafs pflanzliche Parasiten den Anlafs zur epidermidalen Wucherung gegeben haben mögen.

Zur Kontrolle meiner eignen negativ ausgefallenen Untersuchungen ersuchte ich Herrn Prof. v. Frisch, gleichfalls einen Teil der excidierten kranken Partie auf Pilzelemente zu investigieren. Auch er konnte in dem massenhaft angehäuften epider-

midalen Gewebe keine dergleichen finden, so dafs ich das Übel als ein vollkommen idiopathisches, ohne bekannte Ursache aufgetretenes ansehen mufs. Das fast gleichzeitige Auftreten an sämtlichen Fingern, und das unmittelbar erfolgte Miterkranken der Zehennägel, welche doch gewifs äufseren Einflüssen nicht in demselben Mafse ausgesetzt sind, als die Nägel an den Fingern, läfst sich wohl auch für diese Supposition heranziehen.

Zur Behebung dieses die Hände verunstaltenden und ihre Funktionen beeinträchtigenden Leidens habe ich ein Heilverfahren eingeschlagen, welches — so viel mir bekannt ist — in derlei Fällen noch nicht zur Anwendung gelangte und von dem günstigsten Resultate gefolgt war: es war dies die Ausätzung des krankhaften Gewebes durch Glühhitze. Mittels des Thermokauters von PAQUILIN ging ich, nachdem die Nägel möglichst kurz abgeschnitten worden waren, an die Zerstörung des hyperplastischen Gewebes; nach und nach vordringend gelang es, die ganze Basis, von der aus die Hyperkeratose sich entwickelt hatte, vollkommen zu zerstören. Die Finger waren vorerst durch lokale Anästhesie möglichst unempfindlich gemacht worden, was aber trotzdem nicht hinderte, dafs bei der Berührung tiefer gelegener Partien eine ziemliche Schmerzhaftigkeit veranlafst wurde. In 18 Sitzungen — deren wöchentlich eine oder zwei stattfanden — war alles Krankhafte entfernt, und nun wuchsen die Nägel auf ihrer gesunden Unterlage hervor. Im Verlaufe von ungefähr 6 Wochen hatten sie wieder die Fingerspitze erreicht, ohne irgend etwas Krankhaftes aufzuweisen. Einige Tage vor der Abfassung der vorliegenden Skizze liefs ich den Patienten wieder zu mir kommen und konnte mich davon überzeugen, dafs dieses allen Anforderungen vollkommen entsprechende Resultat auch noch weiterhin — also länger als ein Jahr nach zu Ende geführter Behandlung — persistierte.

Ein Fall von Alopecia neurotica.

Mitgeteilt von

Dr. Josef Schütz

in Frankfurt a. Main.

Mit 1 Abbildung.

Folgender Fall zirkumskripter Alopecie des Kopfhaares, welchen ich bereits in der Sitzung des hiesigen ärztl. Vereins vom 21. Februar 1887 demonstriert habe, bringe ich zu weiterer Kenntnis, weil einerseits in der Litteratur ein Fall von ähnlicher Entstehungsweise meines Wissens nicht existiert, und anderseits die so seltenen Fälle begrenzten Haarausfalles gegenüber der neuerdings so viel besprochenen Ätiologie der Area Celsi gerade jetzt einer besonderen Aufmerksamkeit wert erscheinen.

Christian K., 8 Jahre alt, 5. Kind gesunder Eltern unter 5 ebenfalls gesunden Geschwistern, ist abgesehen davon, dafs er vor 5 Jahren, von einem Wagen überfahren, im oberen Drittel des linken Oberschenkels eine unkomplizierte Fraktur erlitt, deren Heilung unter der Pflege eines hiesigen Krankenhauses glatt von statten ging, nie krank gewesen. Speziell ist bei ihm sowohl wie bei seinen Eltern von Haar-, Haut-, Nervenkrankheiten oder hereditären Allgemeinleiden anamnestisch nichts zu eruieren. Sein jetziges, ärztlich noch nicht behandeltes Leiden datiert vom Juli 1886 und wird ursächlich sowohl von dem kleinen Patienten selbst wie von dessen Angehörigen mit grofser Entschiedenheit auf eine Verletzung der Kopfschwarte durch die Schere des Haarschneiders zurückgeführt. An der auf der Abbildung[1] mit + bezeichneten Stelle des Hinterkopfes sei der Kleine „tüchtig gezwickt“ gewesen. Die Wunde habe geklafft, geschmerzt, 8 Tage zum Heilen gebraucht. Gleich darauf seien in einer Woche von dieser Stelle aus nach unten in einem schmalen Streifen ohne voraufgegangene Prodrome (Hyperämien, Neural-

[1] Form und rel. Gröfsenverhältnisse der Zeichnung sind durch genaue Projektion des Bildes mittels Prismas gewonnen, im übrigen ist die Abbildung nach einer guten Photographie gefertigt.

ien, Anästhesien, Parästhesien, etc.) alle Haare samt und sonders ısgefallen. Dabei sei es längere Zeit geblieben. Unvermerkt ei dann nach und nach der lange Streifen am Hinterhaupt nach ınten etwas breiter geworden, so dafs er jetzt dort die doppelte Breite ungefähr im Vergleich zur anfänglichen einnähme. Gleichzeitig wäre auch eine geringe Lichtung der mittleren Scheitelpartie eingetreten. Auf Laienrat wurden ohne besondere Wirkung ür kurze Zeit Einreibungen mit Kammfett vorgenommen. Am 12. Februar 1887 suchte P. Hilfe bei Herrn Kollegen Dr. Leopold Cohn dahier, der infolge eines von mir im hiesigen

ärztl. Verein gehaltenen Vortrages über Area Celsi die grofse Liebenswürdigkeit hatte, zur Vervollständigung meines Materials den interessanten Krankheitsfall mir zu überweisen. Noch selbigen Tages — sowie in gröfserer Mufse in eigens dazu angesetzten Stunden der folgenden Tage — konnte ich folgenden Status feststellen:

Kleiner, schwächlicher, zarter Körper mit unbedeutender schlaffer Muskulatur, geringem Panniculus, loser durchscheinender Haut, blassen Schleimhäuten, ohne auffallende Difformitäten oder Asymetrien; — auf der äufseren Bedeckung keine Exantheme oder Pigmentierungen; — Respiration ruhig,

tief, F 25; — Puls weich, beiderseits gleich, F 95; — Spitzenstofs isochron, an normaler Stelle, nicht verbreitert; — Perkussion und Auskultation des Herzens, der gr. Gefäfse, d Lungen ergeben normale Verhältnisse, ebenso die Untersuchu von Leber und Milz; — kleine indolente Inguinal- und Nacke drüsen beiderseits; — Verdauung, Schlaf regelmäfsig; — Ha frei von Zucker und Eiweifs; — kein Fieber; — linkes Be unverkürzt; am femur keine Verdickung. Am Halse ist beid seits weder der Druck auf die Dornfortsätze schmerzhaft, no sind seitlich von diesen am Halse durch Druck oder Klopf schmerzende Stellen aufzufinden, wie PINCUS es als bei Ar Celsi vorkommend angegeben hat, und es in einer früheren A beit von mir[2] citiert wurde. Dagegen ist das zweite Symptom v PINCUS: Uvulaschiefstand anzutreffen, und zwar ist die Uvu nach links, also nach der kranken Seite[3], gerichtet. Pupillen ungleichheit nicht vorhanden. Gaumenbögen beiderseits gleich Die herausgestreckte Zunge verweilt ruhig in gerader Richtung ohne Zittern. Beim Lachen kein ungleichmäfsiges Verziehen der Mundspalte nach einer Richtung. Beim Pfeifen wirken beid Buccinatorii gleichmäfsig. Über Geschmacksanomalien, Trocken heit im Munde oder abundante Speichelsekretion wird nicht ge klagt. Hörfähigkeit beiderseits gleich und normal, dasselbe gil von Lidern, Pupillenreaktion, Augenbewegungen, Sehschärfe. Nägel und Zähne ohne Abnormitäten. Keine Anästhesie des Trigeminus.

Kopfhaut glatt, rein, ohne Pityriasis, — Haare dicht, hellblond, äufserst fein, trocken. — Am Hinterkopf links dicht unter dem Wirbel, mit der Spitze beginnend und nach unten und aufsen ziehend und allmählich zu einem Dreieck sich verbreiternd, ein langer, schmaler Defekt in der Behaarung von 9½ cm Länge und 4 cm gröfster Breite. An der Peripherie dieser kahlen Stelle ist der Übergang in gesunden Haarwuchs ein allmählicher,

---

[2] Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata. *Monatshefte f. pr. Derm.* 1887. No. 3.

[3] Nach einer privaten Mitteilung hat PINCUS von nervösen Symptomen bei frischen Area Celsi-Fällen beobachtet: „Schiefstand der Uvula nach der kranken Seite, Verengerung der Pupille auf der kranken Seite, Druckpunkte auf der kranken Seite."

mehr oder weniger durch eine Zone gelichteten Haarbestandes vermittelt. Im kahlen Bezirk ist die Haut sehr weifs, glänzend, glatt, nicht atrophisch oder im Verhältnis zur Umgebung eingesunken. Webersche Tastkreise und faradokutane Sensibilität (Erb) an dieser Stelle scheinbar (s. unten) gröfser als auf der gesunden Seite. Kneifen mit den Fingernägeln, Nadelstich schmerzt beiderseits gleich. Auf mechanische, chemische, elektrische Reize antwortet die kahle Stelle in normaler Weise mit Rötung wie jede andre gesunde Hautstelle. Sechs runde, hellrosenrote, linsengrofse Stellen in der kahlen Hautfläche, ebenso eine 4 cm hohe und $2^1/_2$ cm breite, rundlige, ebensolche Stelle, welche erst nach Schlichtung des Haares auf der rechten Halsseite sichtbar wurden, sollen — wie ich ausdrücklich betonen möchte, da von Behrend[4] bei Area Celsi im ersten Beginn des Haarausfalles hyperämische Rötung beobachtet wurde — von dem jetzigen Zustand unabhängig sein und von Geburt an bestanden haben. Unter der Lupe und bei schräger fokaler Beleuchtung erweisen sich auf das deutlichste die roten Stellen nicht als Hyperämien, sondern als aus zierlichen Teleangiektasien bestehend, welche an den bezeichneten runden roten Stellen der dreieckigen Glatze eine sternförmige Anordnung haben. Nahe der Spitze gewahrt man in dem kahlen Dreieck die Narbe der einstigen Verletzung. Dieselbe ist rundlich, von einem Durchmesser von 3 mm, sehr weifs, verschieblich, spontan und auf Druck schmerzlos. — Vom Haarwirbel über die mittlere Scheitelpartie sich erstreckend in 4 Fingerbreite nach der Stirn zu ziehend eine diffuse Lichtung des Haarschmucks. — In dem dreieckigen kahlen Bezirk sowohl wie in der gelichteten Partie des Vorderkopfes spärliche Beethaare; zwischen diesen sodann, im kahlen Bezirk in geringer, im gelichteten Teil in grofser Menge, hellere sehr feine Haare, welche in der Höhe von 1—$1^1/_2$ cm abgebrochen sind und mit dunkler, dicker, knopfförmiger Spitze endigen. Die Haare sitzen im allgemeinen fest, auch jene abgebrochenen Haare folgen zwar verhältnismäfsig leicht und ohne Schmerz

---

[4] Behrend, Über die klinischen Grenzen der Alopecia areata. *Berl. klin. Wochenschr.* 1887. No. 7. Sep.-Abz. — Ref. in diesem Heft pag. 325.

aber doch nur mit einem gewissen Widerstand dem Zuge der Pinzette.

Mikroskopisch und auch schon makroskopisch zeigt sich, dafs den ausgezogenen Haaren die Wurzelscheiden mitfolgen, und zwar gilt dies insbesondere für die knopfförmig mit dunkler Spitze endigenden abgebrochenen Haare. Letztere bieten unter dem Mikroskop das Bild der Atrophie und der Gewebsveränderungen der Trichorrhexis nodosa. Bei starker Vergrößerung zeigt sich, dafs ein solches Haar einen spitzen, im verschiedenen Grade atrophischen Bulbus besitzt, oberhalb welches der Haarschaft auf längerer Strecke sehr verschmächtigt, gänzlich pigmentfrei und ohne Markkanal ist. Die Cuticula zeigt an einzelnen Haaren starke Fältelungen oberhalb des Bulbus. Höher hinauf gewahrt man eine allmähliche Verbreiterung des Haares; gleichzeitig treten stückweise Andeutungen des Markkanals auf, meist dunkle spindelförmige Zeichnungen; neben und zwischen solchen Markresten gewahrt man in der Rindenschicht feine scharfmarkierte Strichelungen (nach MICHELSON — *Ziemssens Handb. d. Hautkrankheiten.* II. pag. 145 — das Zeichen beginnender Zerklüftung). Noch höher hinauf zeigen sich die Stückreste des Markkanals häufiger, erscheinen mehr dicker, aufgetrieben. Daneben erscheinen jetzt auch feine, lineär angeordnete, spärliche Pigmentkörperchen. Erst nach dem keulenförmigen Ende zu wird das Pigment reichlicher, regelmäfsiger, wie unter normalen Verhältnissen. Das keulenförmige Ende selbst ist dunkel pigmentiert und hat parallel mit seiner äufseren Begrenzung im Inneren eine grofse ovoide Auftreibung des Markkanals. Die verjüngte Spitze des keulenförmigen Endes, die Bruchstelle des Haares, zeigt zum Schlufs in mancherlei Formen die zersplitterte Haarsubstanz. Im Durchmesser ist die Endanschwellung solcher Haare doppelt bis vierfach so stark wie der verschmächtigte Teil des Haares oberhalb des Bulbus. Die leichter auszuziehenden Haare der Peripherie der kahlen Stelle, welche man gewinnt, wenn man ein Haarbüschel zwischen Daumen und einem stumpfen Gegenstand durchzieht, zeigen ebenfalls verschmächtigte Bulbi und atrophischen Habitus, doch geringeren Grades. Untersuchungen nach Sporen

oder Mycelien von Trichophyton tonsurans, an 50 Haaren verschiedensten Stadiums ausgeführt, fielen negativ aus.

Einzelne Punkte des gewonnenen Status bedürfen einer näheren Betrachtung.

Wenn in dem kahlen Bezirk bei Messung der WEBERschen Tastkreise die Tasterspitzen in gröfserer Entfernung als gesondert bezeichnet wurden, und anderseits bei vorsichtiger Prüfung der faradokutanen Sensibilität mit der an der sog. Kathode des sek. Stromes befestigten ERBschen Normal-Hartgummielektrode auf der kahlen Stelle sowohl das erste Gefühl von Prickeln, wie die erste deutliche Schmerzempfindung bei weiterem Rollenabstand der sekundären Spirale des Schlittenapparates erfolgte als auf der homologen gesunden Seite, so hat das eine ganz natürliche Erklärung, wenn man bedenkt, dafs die auf der gesunden Seite noch vorhandenen Haare (nach LANGERHANS) einen grofsen Nervenreichtum besitzen und einerseits eine hebelartige Übertragung eines gesetzten Druckes auf die percipierenden Endorgane ausüben, anderseits aber eine beträchtliche Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes herbeiführen.[5] Leider wurde mir zur teilweisen Ausschaltung dieser Fehlerquelle nicht gestattet, die der Glatze korrespondierende gesunde Hautfläche glatt rasieren zu lassen und alsdann, nach vorheriger genauer Bestimmung des galvanischen Leitungswiderstandes beiderseits etwaige Sensibilitätsunterschiede in Relation zu bringen. Jedenfalls waren die ohne die angedeuteten Vorsichtsmafsregeln gewonnenen Differenzen im vorliegenden Fall nicht geeignet, ein irgendwie pathologisches Verhalten daraus zu folgern. Endlich erscheinen unsre jetzt geläufigen Untersuchungsmethoden mit willkürlichen, besser gesagt dem Spiel des Zufalles überlassenen Punktreizen oder gar mit gröfseren Flächenreizen überhaupt nicht sehr verläfslich, sondern man wird eine Prüfungsmethode ausfindig machen müssen, welche dem von BLIX und GOLDSCHEIDER auf die Hautnerven ausgedehnten Gesetz von der spezifischen Energie Rech-

[5] Auf gleiche Fehlerquellen dürften sich auch manche der bei Area Celsi gemachten Angaben über Sensibilitätsanomalien zurückführen lassen. NACHTIGALL (*Mitteilungen aus der Würzburger Klinik.* Bd. II) gibt zum Beispiel ebenfalls Erhöhung der elektrokutanen Sensibilität an der kahlen Stelle an.

nung trägt und die 3 gesonderten Funktionen dieser Nerven, so wie die räumlich getrennte, nicht immer symmetrisch angeordnete, distinkte Lage ihrer Perzeptionsorgane berücksichtigt.

Der mikroskopische Befund der Haare bietet ebenfalls insofern nichts Charakteristisches, als Atrophie und die begleitenden Erscheinungen, speziell die Gewebsveränderungen der Trichorrhexis nodosa bei den mannichfachsten mit Haarverlust einhergehenden Erkrankungen des Kopfhaares gesehen werden (Alopecia chronica — PINCUS; Area Celsi — MICHELSON u. v. a.; Sykosis parasitaria — LANG, KÖBNER, MICHELSON; Herpes tonsurans u. s. m.).

Das Vorkommen von Trichorrhexis nodosa am gesunden Haar ferner wurde neuerdings wieder von S. WOLFFBERG[6] betont.

Das makroskopische äufsere Verhalten unsers Falles weist manche Eigenschaften auf, die man bei Area Celsi-Kahlheit nicht trifft. So sind die unregelmäfsige, strichförmige, dreieckige Ausbreitung des Krankheitsbezirks, der nicht scharf begrenzte sondern allmähliche Übergang der kahlen Stelle in die noch behaarten Partien, endlich eine sich anschliefsende diffuse Verdünnung des Haarwuchses, Symptome, wie sie MICHELSON[7] bei Haarschwund nach Störungen des Nervensystems hervorhebt. Hierzu kommt, dafs das kahle Gebiet einem Hautnervengebiet wirklich entspricht, nämlich dem Nervus occipitalis magnus.

Was die Ätiologie des Falles anlangt, so ist eine Reihe von Fällen bekannt, bei denen ein gröfseres Trauma totalen oder par-

---

[6] WOLFFBERG, Zur Ätiologie der Trichorrhexis nodosa. *Deutsche med. Wochenschr.* 1884. No. 31. Sep.-Abz. Ref. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1885. pag. 67. W., der an gesunden Barthaaren zuerst experimentell durch Reiben und Mifshandeln derselben Trich. nod. erzeugte, irrt indessen darin, wenn er behauptet, dafs das Leiden nur an markhaltigen gesunden Barthaaren beobachtet werde. Gerade die Litteratur der Area Celsi beweist, dafs Trichorrh. nod. auf dem capillitium und bei kranken resp. atrophischen Haaren als Begleitsymptom häufig vorkommt (cf. u. a. z. B.: MICHELSON, *Volkmanns Sammlung.* No. 120. Tafel I; ferner H. SCHULTZE, *Virchows Archiv.* Bd. 80. Tafel V) und aufser bei Area Celsi auch bei andern pathologischen Zuständen des Haares so oft, dafs auch für Area Celsi die Trichorrhexis nodosa kein Charakteristikum abgibt (MICHELSON l. c. pag. 997). Ob für ein atrophisches Haar schon physiologische Unbilden als „Mifshandlung" und alleiniges ursächliches Moment wirken, erscheint fraglich.

[7] *Ziemssens Handbuch der Hautkrankheiten.* Bd. II. pag. 144.

tiellen Haarschwund zur Folge hatte, jedoch war in allen beschriebenen Fällen die Läsion — soviel ersichtlich auch bei den Fällen von FISCHER[8] — mehr zentraler Natur oder doch zentral vom atrophischen Bezirk gelegen und von accessorischen Erscheinungen begleitet, welche deutlich eine Störung des Nervensystems bekundeten. UCHERMANNS[9] scheinbar anologer Fall ist durch das Mitspielen einer grofsen Beulenbildung trotz ähnlicher Entstehungsweise (Steinwurf) bzl. einer traumatischen Ätiologie des Haarschwunds nicht ohne Bedenken. Vorliegender Fall dürfte der erste in der Litteratur sein, bei welchem eine zirkumskripte, geringfügige, ganz periphere Läsion ohne Zutritt irgend welcher Komplikationen Veranlassung zu ausgedehnterem Haarausfall gegeben hat. Als einziges vielleicht verwertbares Zeichen für eine weitere Beteiligung des Nervenapparates bleibt das von PINCUS bei Area Celsi beobachtete, wenig gekannte oder bestätigte Symptom von Uvula-Schiefstand nach der kranken Seite, das im vorliegenden Falle nicht vorübergehend, sondern ständig vorhanden war. Doch könnte dieses Phänomen vielleicht auch andern Ursachen sein Dasein verdanken, oder auch bei Gesunden sich zuweilen vorfinden.

Wenn wir somit aufser der gemeinsamen Lokalisation von Trauma und Krankheitsherd, dem zeitlichen Zusammenfallen von Läsion und Haarschwund resp. dem „post hoc", dem charakteristischen äufseren Verhalten der kahlen Stelle entsprechend einem Nervenverlauf, und vollständig analog andern erwiesenermafsen neurotischen Haardefekten, namentlich bezügl. der von MICHELSON bei neurotischer Alopecie hervorgehobenen diffusen Begrenzung, wenig Beweis für eine Nerveneinwirkung bei dem Zustandekommen des Haarschwundes haben, so bleibt doch, wenn wir überhaupt an der einzigen bekannten und von dem Patienten auf das bestimmteste vorgehaltenen Ursache, des Traumas, festhalten wollen, keine andre plausible Erklärung übrig, als die

[8] FISCHER, Über trophische Störungen nach Nervenverletzungen an den Extremitäten. *Berl. kl. Wochenschr.* 1871. No. 13. pag. 145.

[9] UCHERMANN, Ein Fall von Alopecia completa traumatica. *Tiddskr. for pract. Medicin.* No. 4. 1883. ref. *Vierteljahresschr. für Dermat. u. S.* 1883. pag. 626.

Einwirkung des Traumas durch die Vermittelung der Nervenbahnen. Es kann zwischen Trauma und Haarschwund kaum eine andre Beziehung als die Sistierung der Ernährungsvorgänge durch Ausschaltung der diese bedingenden Nervenfasern gedacht werden, welche eine so schnelle und eine relativ so ausgebreitete Lockerung der Haare hätte zur Folge haben können, ohne gleichzeitig lokal auffällige Veränderungen der Haut zu schaffen und vor allem bei dem so reaktionsfähigen kindlichen Organismus sofort Störungen im Allgemeinbefinden, Fieber und dergleichen zu erzeugen, Vorgänge, die bei der so kurzen Dauer des bestehenden Leidens sicherlich noch würden in der Erinnerung leben und anamnestisch würden offenbar geworden sein. Gerade den auf neurotischer Basis aber beruhenden atrophischen Vorgängen ist das Fehlen jeglicher äufserer Symptome und ein dadurch unheimlicher Verlauf in hohem Grade eigen, der sich nicht durch Änderungen im Krankheitsbild verfolgen und abschätzen läfst, sondern dem Arzte einzig und allein mit der traurigen Thatsache eines progressiven Gewebeverlustes vor Augen tritt.

Für die Annahme einer Vasoneurose (spastische oder paralytische Zustände der Vasomotoren) fehlt jeder Anhaltspunkt. Speziell das äufsere Verhalten der kahlen Stelle, sowie die normale Reaktionsfähigkeit derselben auf Reize, welche einen Blutzufluſs zur gereizten Stelle bewirken, widersprechen dieser Annahme.

Das Fehlen von auffälligen Sensibilitätsstörungen spricht nicht gegen die Annahme nervöser Störungen, da auch bei dem von Joseph[10] nach Exstirpation des Spinalganglion des II. Halsnerven experimentell erzeugten Haarschwund Sensibilitätsstörungen fehlten, sondern bestätigt vielmehr die immer zwingender im Laufe der Zeit sich bildende Anschauung von besonderen trophischen Nerven, speziell für das Haarwachstum.

Dafs Sensibilitätsverhältnisse mit atrophischen Vorgängen überhaupt wenig gemein zu haben brauchen, wird wohl am drastischsten durch die klinische Thatsache demonstriert, dafs

---

[10] M. Joseph, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie der Alopecia areata. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1886. No. 11. Sep.-Abz.

gerade bei jenen schrecklichen halbseitigen, im Gebiete des sensiblen (!) Trigeminus verlaufenden Gesichtsatrophien, die, wenn sie im jugendlichen Alter beginnen, nicht nur Haut, Haare, Muskeln, sondern selbst die Knochen einbegreifen, dafs gerade bei diesen eine irgendwie erhebliche Sensibilitätsstörung oft nicht besteht, wie ich selbst mich entsinne, als Student in klinischen Semestern einen von Universität zu Universität als Kuriosum herumziehenden Patienten dieser Art gesehen zu haben, ein vollständiges Analogon zu dem von VIRCHOW[11] beschriebenen Fall SCHWAHE, wenn er nicht derselbe gewesen sein sollte.

Eine ähnliche Erklärung, wie sie JOSEPH[12] für das Zustandekommen der kreisrunden begrenzten Form bei Area Celsi gibt, nämlich, dafs bei seinen Tierexperimenten nur die „ausschliefsenden", nicht die „gemeinschaftlichen" Bezirke trophischer Nerven alteriert seien, kann für die Bildung unsers keilförmigen Defektes im Haarwachstum ebenfalls benutzt werden, um die sich unwillkürlich aufdrängende Vorstellung zu beseitigen, es müsse einem peripheren Trauma ein der Nervenausbreitung kongruenter nach aufsen (nicht zentralwärts) fächerförmig sich ausbreitender kahler Bezirk entsprechen, wenn man die Annahme machen will, dafs das Trauma einen „gemeinschaftlichen" Endbezirk getroffen habe, wie es nach der anatomischen Lage sehr möglich wäre, und dafs von diesem Endbezirk aus rückwärts eine Störung im Bereich mehrerer divergierend verlaufender Nervenstämme sich geltend gemacht habe.[13]

Die Möglichkeit des Einflusses einer peripheren Läsion auf andre fernliegende Bezirke überhaupt erhellt per Analogie aus dem Auftreten von Herpes (CHARCOT, ROUGET), Ekzem, Ekthyma, Ulcera, Nagelatrophie (FISCHER), Trismus, Tetanus, Epilepsie nach peripheren oft geringfügigen Verletzungen.

Der Einwurf endlich, dafs bei den unzähligen Kopf-

[11] VIRCHOW, Über neurotische Atrophie. *Berl. klin. Wochenschr.* 1880. No. 29. pag. 410.

[12] l. c.

[13] VIRCHOW gibt ebenfalls gelegentlich des Vortrags „Über neurotische Atrophie" l. c. pag. 412 der Möglichkeit Raum, dafs vom Gebiet peripherer Nerven aus in kriechender Weise entzündliche oder andre Prozesse an den Nerven bis in die Nervenlöcher und zu den Ganglien sich fortsetzen.

verletzungen (Mensurhieben und dergl.) kein Haarschwund beobachtet werde, und daher auch im vorliegenden Falle Trauma und Haarschwund trotz örtlicher und zeitlicher Übereinstimmung nichts miteinander zu thun hätten, ist abgesehen davon, dafs hierdurch zunächst die Notwendigkeit eines andren, viel ferner liegenden und durch nichts gestützten pathologischen Prozesses folgt, schon deshalb wenig angebracht, weil nach unsrer ganzen heutigen Kenntnis von den Hautnerven jedenfalls es nicht gleichgültig ist, an welcher Stelle eine periphere Nervenläsion erfolgt, wenn dieselbe eine Atrophie im Gefolge haben soll, sondern dafs wahrscheinlich es ganz bestimmte Punkte sein müssen, welche einer Verletzung ausgesetzt werden, dafs die Verletzung oder deren Endeffekt selbst vielleicht besonders geartet sein mufs, und dafs endlich auch die individuelle körperliche Beschaffenheit mit in Betracht kommt, wie schon das bevorzugte Auftreten von Area Celsi bei Schwächlingen und mit schwächenden Krankheiten Behafteten mehrfach hervorgehoben ist. (Hutschinson, von Bärensprung, Ziemssen, Fr. Boeck, Michelson.[14]) Jede Verletzung hat ja auch nicht Trismus oder Herpeseruptionen oder Nagelatrophie zur Folge, sondern das sind zum Glück grofse Seltenheiten.

Somit handelt es sich im beschriebenen Fall mit grofser Wahrscheinlichkeit um einen durch periphere Verletzung entstandenen, durch Alterierung trophischer Nerven bedingten Haarschwund, eine Alopecia neurotica.

Die Frage nach der Prognose mufste bei der geringen Kenntnis über Heilungen von Alopecia neurotica zunächst eine offene bleiben. Die rel. lange Zeitdauer zwischen stattgehabter Verletzung und dem Einsetzen ärztlicher Behandlung, der progressive Charakter des Haarausfalles, der schwächliche Körper des Pat. waren keine ermutigenden Momente zu Beginn der Therapie. Der Verlauf gestaltete sich so, dafs ein über Erwarten starker Haarausfall eintrat, vorwiegend die linke Kopfseite und die Vorderscheitelpartie heimsuchend. Auch die Begrenzung der dreieckigen Glatze wurde erweitert. Heute (25. März 1887) nach

[14] l. c. pag. 1007. (*Volkmanns Sammlung.* No. 120.)

sechswöchentlicher örtlicher wie roborierender und galvanischer Behandlung sind auf der ursprünglichen dreieckigen kahlen Stelle dichtstehende feine Flaumhaare nachgewachsen, obwohl in der Vorderscheitelgegend, wie an der seitlichen Zirkumferenz des Kopfes das Ausfallen der Haare noch nicht ganz sistiert.

Referate.

Sarcomatosis cutis, von Dr. Léon Perrin. (*Thèse de Paris.* 1886.) Vor einigen Jahren noch wurde die Existenz einer Sarcomatosis cutis kaum geahnt; jedoch in der letzten Zeit haben sich die Beobachtungen und Originalarbeiten derartig gehäuft, dafs ein umfassendes Studium dieser wichtigen Frage nötig scheint. Dieser Arbeit hat sich Dr. Perrin unterzogen. Er acceptiert die Definition von Ranvier: „Tumoren, welche aus reinen embryonalem Gewebe bestehen oder deren Gewebe die ersten Veränderungen aus embryonalem in normales Gewebe darbietet." Er nimmt folgende anatomische Einteilung an:

1. Rundzellensarkom, welches 3 Varietäten umfafst:
   a. einfaches,
   b. lymphadenoïdes,
   c. alveoläres oder karcinomatöses.
2. Fusocelluläres Sarkom, mit 2 Varietäten:
   a. mit grofsen fusiformen Zellen,
   b. mit kleinen fusiformen Zellen.
3. Riesenzellensarkom, mit 3 Varietäten:
   a. melanotisches,
   b. einfach markiges,
   c. ossifizierendes.

Alle diese verschiedenen Formen können einfach oder lipomatös vorkommen, mit Infarkten, mit Kalkeinlagerungen, mit Teleangiektasien und Entzündungen; sie können zottig oder papillös sein.

Perrin versucht alsdann, uns den klinischen Gang des Sarkoms zu schildern. Seine Entwickelung ist immer eine ganz bestimmte; manchmal entwickeln sich regressive Erscheinungen an bestimmten Punkten des Tumors. Aber dieselben bleiben stets partiell. In seltenen Fällen kommt es zu oberflächlichen Ulcerationen. Die Allgemeininfektion findet im Sinne des Blutstromes statt und folgt gewöhnlich den Venen. Recidive finden fast stets an Ort und Stelle statt. Die Hautsarkome selbst teilt Dr. Perrin in 2 grofse Klassen.

I. Melanotische Sarkome, eine vollkommen bestimmte und abgeschlossene Gruppe.

II. Nicht melanotische Sarkome, welche er wiederum einteilt in:
1. primäre idiopathische,
a. primär generalisierte,
b. primär lokalisierte.
2. sekundäre metastatische.

Die nicht melanotischen primär generalisierten Sarkome sind die interessantesten. Die ersten Beispiele dieser seltenen Krankheit wurden 1870 von KAPOSI publiziert. In den beiden Fällen von generalisiertem Sarkom von KÖBNER (1869) und KORTE (1883) hatte sich die Neubildung nicht primär in der Haut entwickelt. 1873 und 1877 erschienen die Beobachtungen von VIDAL, 1876 von WIGGLESWORTH, 1878 von BUTLIN, 1879 von GAIRDNER und COATS, 1882 und 1884 von HARDAWAY, 1872 von KÖBNER, 1877 die wichtigen Arbeiten von TANTURRI, und 1882 von TOMASO DE AMICIS. Auf diese Dokumente stützt sich der Verf. bei der Beschreibung seiner ersten Varietät von Sarkom. Die angeführten Fälle bieten jedoch wieder so viele Verschiedenheiten, dafs er glaubt 2 grofse Gruppen unterscheiden zu können.

1. Typus KAPOSI (Beobachter: KAPOSI, VIDAL, TANTURRI, AMICIS, HARDAWAY), charakterisiert durch den Beginn an den Extremitäten, durch plötzlich innerhalb der Haut auftretende Tumoren von blauer oder braunrötlicher Farbe. Vom histologischen Standpunkte aus sind diese Tumoren Rundzellensarkome mit einer mehr oder weniger grofsen Menge von Blutfarbstoff. Mat hat diese Varietät in 3 Fällen auch als isolierten Tumor im Gesicht gesehen; aber nach Verlauf einiger Monate entwickelt sich die Affektion plötzlich an den Extremitäten und befolgt von da an denselben Gang, wie wenn sie dort zuerst multipel aufgetreten wäre. Der Verf. gibt dieser Gruppe den Namen multiples, idiopathisches, an den Extremitäten beginnendes Pigmentsarkom.

2. Einfacher Rundzellentypus (Beobachter: DAUCHEZ und LEGENDRE, GAIRDNER, eigner Fall), charakterisiert durch Anfang an einer beliebigen Körperstelle, durch unter der Haut sitzende Tumoren, welche allmählich mit der Haut verwachsen und sie rötlichblau färben. Vom histologischen Standpunkte aus sind dies einfache, nicht pigmentierte Rundzellensarkome.

Man kann eigentlich sagen, es gibt ebensoviele Varietäten als bekannte Fälle von Hautsarkom. An den Extremitäten bevorzugt das Sarkom die Beugeseiten. Es tritt eine Art Ödem auf mit Prickeln, Jucken und Spannung. Alsdann erscheinen bräunliche Flecke und kleine infiltrierte Stellen in der Haut. Dieselben haben verschiedene Dimensionen — stecknadelkopf- bis erbsengrofs —, sind rund und ziemlich hart. Manchmal sieht man zuerst diffus pigmentierte Flecke auftreten, welche cyanotisch und hyperämisch sind und sich bald in harte Infiltrationen und schliefslich allmählich zu hervorspringenden Knoten umwandeln. So bilden sich die hervorragenden warzenförmigen Stellen des KAPOSIschen Typus.

In andern Fällen bilden sich mehr oder weniger zahlreiche Krankheitsprodukte plötzlich auf dem Rumpf, im Gesicht oder an dem oberen Teil der Extremitäten ohne systematische Lokalisation. Alsdann beginnt die von Amicis sogen. neoplastische Periode. Die Zahl der Krankheitsprodukte ist aufserordentlich verschieden, von 30 bis 1000 und mehr; sie können überall sitzen, im Gesicht wie am Rumpf und an den Extremitäten. Meistens jedoch zeigen sie eine hinlänglich charakteristische Gruppierung, so dafs man bestimmte Typen wiedererkennen kann. Auch die Schleimhäute können befallen werden. Die Gröfse der Tumoren schwankt von derjenigen eines Hirsekorns, einer Erbse, einer Haselnufs, eines Taubeneies bis zu einer Mandarine. Sie sind rund oder eiförmig, gewöhnlich sitzen sie fest, manchmal sind sie gestielt. Ihre Farbe ist sehr verschieden. In dem Kaposischen Typus sind sie violett, bräunlich und selbst schwärzlich an den Extremitäten. Manchmal haben sie an den Extremitäten eine bleigraue oder bläuliche Farbe. Wenn sie im Unterhautgewebe entstehen und im Begriffe sind, die Haut selbst zu befallen, so sind sie im Zentrum rosig und am Rande orangefarben. Sie können isoliert sein oder durch Konfluieren mehr oder weniger ausgebreiteter Plaques entstehen; im Zentrum sind sie manchmal deprimiert, selbst narbig. Sitzen sie in der Haut, so sehen sie zuerst glatt und glänzend aus, später schuppt die Epidermis oberflächlich ab; dies kann sogar so stark werden, dafs mächtige Hornlager sie bedecken und ihnen das Ansehen von Warzen geben. Recht häufig ist das Zentrum grofser Flecke von Blutgefäfsen durchfurcht. Man kann die Haut über ihnen falten; manchmal findet man jedoch weiche Tumoren, die sich durch Druck verkleinern lassen, sie bestehen zum Teil aus neugebildeten Gefäfsen.

In seinem Resümee beschreibt der Verf. 3 Arten von Tumoren:

1. In der Haut sitzende. Der Tumor springt stets über das Niveau der Haut vor und kann nach unten bis ins subkutane Zellgewebe reichen.
2. Unter der Haut sitzende. Dies werden die gröfsten Tumoren; sie adhärieren den Geweben nie.
3. Tumoren, welche keine bemerkbare Hervorragung verursachen.

Die Sensibilität ist intakt. Manchmal hat der Kranke brennende Empfindungen in den Extremitäten und ist in den Bewegungen geniert. Die weifsen Blutkörperchen sind nicht vermehrt. In der letzten Periode der Krankheit werden auch die Schleimhäute von ähnlichen Produkten wie die äufsere Haut befallen. Es kommt Nasenbluten, Blutbrechen, blutiger Stuhlgang hinzu. Die Tumoren generalisieren sich, aber ihre Generalisation scheint nicht auf den Wegen der Lymphe zu erfolgen. Der Kranke erliegt oft im Marasmus oder wird durch eine Komplikation hinweggerafft. Nach Kaposi tritt der Tod nach 2—3 Jahren ein. Indessen haben Vidal und Köbner Remissionen beobachtet, vielleicht Heilungen. Der Verf. konnte keine besondere Ursache entdecken, welche die Entwickelung der Krankheit begünstigte.

Pathologische Anatomie des Typus Kaposi. Die zelligen Elemente, welche die Neubildung zusammensetzen, sind erstens runde isolierte oder in Haufen geordnete Gebilde mit einer gewissen Tendenz ovalär zu werden. Zweitens fusiforme Elemente, welche sich zur Bildung eines zarten fibrillären Gewebes vereinigen; vielleicht entstehen sie durch Umwandlung von Rundzellen. Einer der bemerkenswertesten Charaktere, welche diese Tumoren darbieten, ist ihre Infiltration mit aus dem Blute stammendem Pigment, dem Reste interstitieller Hämorrhagien. Diese pathologische Anatomie führt den Verf. zu Betrachtungen über die Vorzüglichkeit der beiden Bezeichnungen: multiples idiopathisches teleangiektatisches Sarkom (Tanturri) und erektiles Hautsarkom (Vidal und Ranvier). Bei dieser Varietät ist die Epidermis wenig verändert; bald ist sie verdünnt, bald verdickt. Aber oft sind die Retezellen mit Pigment infiltriert.

In dem zweiten Typus, welchen Perrin unterscheidet, dem einfachen hypodermatischen Rundzellensarkom, bestehen die Tumoren aus kleinen Zellen, welche in grofsen ovoïden Haufen oder in unregelmäfsigen wellenförmigen Platten, die voneinander durch Bindegewebe getrennt, angeordnet sind. Die Elemente sind rund oder polyedrisch. Die meisten haben die Gröfse eines weifsen Blutkörperchens; aber sie können sowohl gröfser als kleiner sein. Sie schliefsen einen bis mehrere grofse runde Kerne ein. Die Tumoren enthalten eine grofse Menge weiter Blutkapillaren. In ihrer Peripherie sieht man Züge von embryonalem Gewebe, welches die benachbarten Gewebe zu infiltrieren beginnt.

Zwischen diesen beiden histologischen Haupttypen gibt es andre intermediäre Typen, von denen der Verf. uns die mikroskopische Untersuchung des Falles von Hallopeau citiert. In diesem letzteren konnte Dr. Gilbert konstatieren, dafs die Neubildung anfing um die Schweifsdrüsen, das Lumen der Talgdrüsen, die Haarfollikel und die Blutgefäfse. Zahlreiche neoplastische Zellen bilden sarkomatöse Züge in den Interstitien des Gewebes zwischen Haut und Unterhautgewebe. Die Zellenansammlungen sind bald arm an Gefäfsen, bald schliefsen sie dilatierte und zerrissene Kapillaren ein. Gilbert glaubt, dafs der Tumor histologisch als ein lymphadenoïdes angiomatöses Rundzellensarkom definiert werden kann. Die Behandlung ist diejenige Köbners, subkutane Arsenikinjektionen.

Beziehungen der Mykosis fungoïdes zur primär generalisierten Sarkomatose. In diesem Teile seiner Arbeit gruppiert Perrin die von verschiedenen Autoren unter dem Namen Mykosis fungoides veröffentlichten Fälle in 3 verschiedene Kategorien:

1. Wahre Mykosis fungoïdes (Typus Bazin) charakterisiert durch Tumoren, denen ein ekzematöses und lichenoïdes Stadium vorangeht; gebildet werden dieselben durch ein lymphoïdes Gewebe, welches vom Papillarkörper ausgeht ohne Leukocythose des Blutes und verursacht durch die Kokken von Auspitz und Rindfleisch.

2. Mykosis fungoïdes à tumeurs d'emblée ohne vorhergehendes Ekzem

oder Lichen. Auch hier werden die Tumoren durch ein lymphoïdes Gewebe, aber gemischt mit sarkomatösem, gebildet. Der Ausgang ist der Papillarkörper, keine Leukocythämie und offenbar nicht von der Entwickelung eines spezifischen Mikroorganismus abhängig.

3. Leukämische Tumoren der Haut (Typus Biesiadecki, Philippart, Amicis, Kaposi). Manchmal geht Ekzem und Lichen voran, gebildet durch retikuläres Gewebe, welches vom Unterhautzellgewebe ausgeht, daneben Leukocythämie.

Die Fälle der zweiten Gruppe entsprechen nach dem Verf. der primär generalisierten Hautsarkomatose, und er beschreibt sie unter dem Namen primär generalisierte pseudomykotische Sarkomatose. Zum Schlusse seines Studiums über die primäre, nicht melanotische Hautsarkomatose faſst der Verf. dieselbe in folgende Einteilung zusammen:

a. Idiopathisches generalisiertes Pigmentsarkom.
b. Einfach hypodermatisches generalisiertes Sarkom.
c. Sarkom mit mykotischen Tumoren oder Lymphosarkom.
d. Schlieſslich gibt es sowohl vom klinischen als vom pathologisch-anatomischen Standpunkte Fälle, welche sich in die 3 ersten Klassen nicht einreihen lassen.

Nicht melanotische sekundär generalisierte Sarkome. Perrin teilt sie in 2 groſse Gruppen, je nachdem der primäre Tumor ein kutaner oder visceraler ist.

1. Primäres lokalisiertes Hautsarkom. Möglichkeit der sekundären Infektion der Haut. Nach dem Verf. ist diese Affektion häufig; Frauen sind mehr dazu geneigt als Männer; jedes Lebensalter kann befallen werden. Auf irgendwie gereizten Stellen entwickelt sie sich mit Vorliebe. Der Sitz der Neubildung ist sehr wechselnd, die Extremitäten werden jedoch bevorzugt. Anfänglich sitzt sie in der Haut und im Unterhautgewebe, später bildet sie einen ziemlich voluminösen Tumor von harter Konsistenz, runzeligem Ansehen, mit normaler oder manchmal ulcerierter Epidermis bedeckt. Die Farbe ist die der normalen Haut; in einigen Fällen nimmt der Tumor eine rote Färbung an, die durch äuſsere Reize bedingt zu sein scheint. Das primär lokalisierte Sarkom kann lange örtlich bleiben, aber es kann sich auch verallgemeinern. Ob die Generalisierung gerade auf dem Wege der Lymphgefäſse erfolge, ist noch nicht erwiesen. Das neugebildete Gewebe gelangt so zu den inneren Organen, zum Gesicht und manchmal zur Haut.

2. Primär visceraler oder Drüsentumor. Sekundäre Hautsarkomatose.

Der Verf. konnte hiervon 5 Fälle sammeln. Der primäre Sitz der Neubildung war einmal im Hoden, einmal in der Fettkapsel der Niere, einmal am Rande des Anus, einmal in der Parotis und einmal in den Achseldrüsen. Dreimal war das Sarkom fusocellulär, einmal war es ein Rundzellensarkom. Man nimmt an, daſs die Allgemeininfektion durch die Blutgefäſse, nicht durch das Lymphsystem erfolgt. Wenn die Haut befallen ist, bilden sich Tumoren in verschiedener Zahl. Zuerst sind es wenige, nach-

her vermehrt sich aber ihre Zahl schnell. Meistens sitzen sie am Stamm. In der Gröfse wechseln sie von derjenigen eines Hirsekorns bis zu der eines Taubeneies und noch mehr. Die kleinen sind flach, linsenförmig oder rund, die voluminöseren sind sphärisch. Sie sind von fester Konsistenz wie Fibrome, dabei sind sie absolut schmerzlos. Die einen sitzen in der Haut und verlängern sich bis ins Unterhautzellgewebe, die andern sitzen im Unterhautzellgewebe und sind unter der Haut verschieblich. Sie können stationär bleiben und bis zum Tode weiterwachsen. Sehr selten ulcerieren sie.

Primäres melanotisches Hautsarkom. Der Name Melanose sollte für diejenigen Fälle reserviert bleiben, welche durch eine, sowohl was die Quantität als was den Ort betrifft, anormale Bildung von Pigment oder Melanin charakterisiert ist. Das melanotische Hautsarkom entwickelt sich auf gereizten Stellen oder auf einem Pigmentfleck. Im Anfang ist es immer ein sehr kleiner Tumor, später wird er gröfser und erreicht die Gröfse einer Haselnufs; seine Form ist ovalär oder sphärisch; seine Farbe ist dunkel bis schwarz, seine Konsistenz hart; er kann intrakutan sein. Die Allgemeininfektion erfolgt entweder spontan oder infolge äufserer Reize, sei es durch die Lymphgefäfse, sei es auf eine ganz unregelmäfsige Weise. Die sekundären Tumoren liegen entweder in der Haut oder unter der Haut. Ihre Gröfse, Gestalt, Anzahl, die Schnelligkeit ihres Auftretens und ihrer Entwickelung sind sehr variabel. Ihre Oberfläche ist glatt und hart. Die Entwickelung sekundärer melanotischer Tumoren wird durch folgende Erscheinungen bezeichnet. 1. Mehr oder weniger rapides Hervorwuchern neuer Produkte. 2. Atrophie und Verschwinden einzelner Tumoren; wenn sie grofs sind, sinken sie zuerst im Zentrum ein. 3. Hämorrhagie und Ulceration einzelner Tumoren; dabei wird eine Flüssigkeit ausgeschwitzt, welche der Verf. „melanotische Flüssigkeit" nennt. Die Krankheit endet stets tödlich, besonders sobald viscerale Tumoren hinzugekommen sind. Die Tumoren können cystisch sein oder einfach zentral erweicht; andre sind wieder durchaus derb. Die umgebenden Gewebe sind sehr blutreich, auch in ihnen findet man Rundzellen. Melanin fehlt in manchen Zellen, in andern ist es um den Kern oder auch im Kern selbst deponiert. Man findet es auch in der Intercellularsubstanz. Schliefslich kann bei dem primären melanotischen Sarkom der Orbita die Haut sekundär befallen werden.

Lille. A. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. APPEL, Altona.)

Beitrag zum Studium des Mal perforant, von Dr. JOSEPH FAIRRE (*Thèse de Bordeaux.* 1886.)

Am 11. Januar 1852 veröffentlichte die *Gazette des Hôpitaux* eine Studie von NÉLATON unter dem Titel: „Eine besondere Affek-

tion der Fufsknochen.“ Einige Tage später gab Vésigne d'Abbeville derselben Erkrankung den Namen Mal perforant. Seitdem sind verschiedene Arbeiten über diese Affektion erschienen, verschiedene Theorien sind aufgestellt über die Ursache dieser Krankheit. Drei sind es noch jetzt, die sich um ihre Berechtigung streiten. Zunächst erzählt uns Fairre die Geschichte dieser Theorien.

Mechanische Theorie von Leplat, 1855. Das Mal perforant, eine durchaus örtliche Erkrankung zeigt zwei Stadien der Kompression. Die Haut wird zunächst komprimiert zwischen Fufszeug und Knochen; das Unterhautgewebe erleidet alsdann eine Art molekulären Zerfalls und produziert eine beständige eiterige Absonderung.

Lucain machte 1868 eine Trennung. Es gibt nach ihm ein Mal perforant, welches sich seiner Natur nach an die gewöhnlichen Geschwüre anreiht, und welches das Gehen als Ursache erkennen läfst. Soulages findet 1874 in der Ulceration selbst eine Ursache der Kompression Butruelle (1878) ging von der Stellung des Fufses im Organismus und von der funktionellen Rolle der Plantarregion aus und zeigte uns, wo der Sitz des Mal perforant sein mufs. Er läfst dieselben Ursachen der Kompression zu wie seine Vorgänger. Die Gefäfse degenerieren nach ihm fibrös. Monod (1884) behauptet, die Kompression bewirke im Mal perforant eine Sklerosierung aller Gewebe von der Epidermis bis auf den Knochen. Nicaise (1885) behauptet, die Hautverhärtung allein genüge, um Mal perforant hervorzubringen.

Nervöse Theorie. Leplat, welcher zuerst die mechanische Theorie aufgestellt hatte, beobachtete eine relative Unempfindlichkeit bei Individuen, welche an Mal perforant litten. 1864 verglich Poncet de Cluni das Mal perforant mit denjenigen leprösen Ulcerationen, welche mit Hautverdickung anfangen. Lucain erkannte 1868 eine Veränderung des Nerven- und Muskelsystems als Ursache. Die Nerven erliegen einem sklerotischen Prozefs und die Arterien der atheromatösen Arteriosklerose. Estlander reproduzierte 1871 die Ideen von Poncet. Poncet wies 1878 nach, dafs eine primäre Sklerose existiert, eine fibröse Degeneration der Gewebe, in welchen das Mal perforant Platz greifen wird, sowie der Gefäfse und Nerven. Nach Duplay und Morat (1873) ist das Mal perforant eine ulceröse Affektion des Fufses. Die Nerven degenerieren in aufsteigender Richtung; so kann es auch zu Veränderungen des Rückenmarkes und der Spinalganglien kommen. Mathieu zeigte 1878 durch Beobachtungen, dafs die initiale Läsion in den Vorderhörnern des Rückenmarkes sitzt, an der Stelle, wo die Nerven sich verzweigen. Arnozan fragte sich 1880, ob das Mal perforant nicht eine nervöse Affektion sei. Er stützte sich auf die Anästhesie der befallenen Regionen und trug anderseits den begleitenden zentralen Läsionen Rechnung und kam zu dem Schlufs, dafs Mal perforant sei eine wirkliche trophische Läsion und abhängig vom Nervensystem. Fayard stellte 1882 die Behauptung auf, das Mal perforant sei der Ausdruck

einer Reizung der peripheren Nerven durch Rückenmarkssklerose. Moeli machte 1883 sogar ein Prodrom von Tabes und allgemeiner Paralyse daraus. Delay (1884) läfst allein die Sklerose der Hinterhörner als Ursache der plantaren Ulceration zu. — Der Verf. scheint die Arbeit von Leloir über das Mal perforant gar nicht zu kennen, welche diejenigen von Pitres und Vaillard vorauging. Die letzteren sagen, die Ursachen des Mal perforant seien traumatische oder spontane Läsionen peripherischer Nerven, welche bis zu den Nervenstämmen aufsteigen und so die häufige Koïncidenz bestimmter trophischer, sensibler oder sekretorischer Störungen mit dem Mal perforant erklären können. Fauchon-Courty erkannte 1885 als Ursache des Mal perforant eine Alteration der peripherischen Nerven.

Gemischte Theorie. Broca meint, aufser dem Druck müfste eine individuelle Disposition vorhanden sein. Lucain (1868) bezieht sich zwar bei dem Kapitel Mal perforant auf eine nervöse Läsion, gesteht jedoch das Zusammentreffen der nervösen Läsion mit der Kompression zu. Pitot wiederholt 1877 die Ideen von Duplay und Morat, macht jedoch die Affektion von einer arteriellen und nervösen Degeneration abhängig und läfst die letztere eine fast ebenso grofse Rolle spielen wie die Kompression. Butruille, ein eifriger Verfechter der mechanischen Theorie, läfst es zu, dafs das Mal perforant das Resultat einer zentralen oder peripherischen Nervenläsion oder von Atherom der Arterien sein kann. 1879 sagten Savorry und Butlin, das Mal perforant sei das Resultat einer Gewebskompression; jedoch müfste vorher eine Erkrankung der Nerven der ulcerierten Gegend vorhanden sein. Arnozan gibt 1880 aufser der Nervenläsion gewisse äufsere Ursachen an. Monod läfst 1884 die Kompression die Hauptrolle spielen, die Nervenläsion sei nur eine Hilfsursache.

Nachdem der Verf. diese Theorien in historischer Weise erwähnt hat, bekennt er, dafs man keine ausschliefslich anerkennen könne. Trotzdem kommt er zu dem Schlusse, dafs der auf die planta pedis ausgeübte Druck die Ursache der Ulceration und der begleitenden Neuritis sein kann. Er nimmt also doch eine exklusive Theorie an, und zwar die mechanische, und läfst dabei vollständig die Arbeiten des Prof. Leloir aufser acht, dessen Untersuchungen von Pitres und Vaillard fortgesetzt wurden.

Lille. A. Tavernier.

Übersetzt von Dr. Appel, Altona.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Zur Therapie des Rhinoskleroms, von Prof. Doutrelepont. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1887. No. 5.) Bei dieser so äufserst seltenen und ebenso interessanten Erkrankung, bei der selbst der gründlichsten Anwendung von

Messer, scharfem Löffel und Ätzmitteln (in der neuesten Zeit wurden Pyrogallus- und Milchsäure empfohlen) ausnahmslos Recidive auf dem Fufse nachfolgten, wandte D. in einem Falle das Sublimat, welches ihm auch in der Behandlung des Lupus sehr gute Dienste leistete, mit Erfolg an, und zwar liefs er eine 1% Sublimatlanolinsalbe 2 mal täglich kräftig in die erkrankte Haut einreiben; in der Zwischenzeit wurde mit derselben Salbe verbunden. D. meint, dafs Injektionen von Sublimat in die Geschwulst vielleicht noch besser wirken würden.

Ein Fall von doppelseitigem recidivierenden Herpes Zoster faciei. Dr. G. Behrend stellte in der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 26. Jan. d. J. einen Knaben mit doppelseitigem recidivierenden Herpes Zoster faciei vor, der ein dreifaches Interesse darbot. Aufser dem Befallensein beider Gesichtshälften war es charakteristisch, dafs mehrere Äste des Trigeminus, rechts der 1. u. 2., links der 1., 2. u. 3. befallen waren, und ferner dafs es der 3. Anfall ist, den B. bei dem Patienten beobachtet hat, während thasächlich aufserdem noch mehrfache Eruptionen derselben Art stattgefunden haben. Behandelt wurde er zuerst am 19. Febr. 1883 an einem Zoster im 3. Ast des Trigeminus linkerseits, und am 11. Nov. 1884 an einem Herpes einer Ohrmuschel. Auch eine Schwester war von Zoster befallen, der Patient selbst ist phthisisch, die Mutter ist an Phthisis gestorben.

Über die klinischen Grenzen der Alopecia areata. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1887. No. 7.) Dr. G. Behrend steht auf dem Standpunkte, dafs bei der Area des Celsus der Haarausfall Symptom und Krankheit darstellt, während er in den Fällen, wo der Haarausfall von Rötung und Schuppenbildung begleitet ist, nichts mit der Alopecia areata zu thun hat, indem dieser eine sekundäre, eine von der Entzündung abhängige Erscheinung darstellt. Allerdings gibt es Fälle, in denen die Differentialdiagnose zwischen der Alopecia areata und andern Erkrankungen nur bei gröfster Aufmerksamkeit gestellt werden kann; es gibt nämlich Fälle von Alopecia, bei denen im ersten Beginn der Haarausfall von einer Rötung der Haut begleitet wird. Diese Rötung jedoch ist nur eine hyperämische Rötung, die niemals mit einer Schwellung der Haut, mit Exsudation, Knötchen-, Bläschen- oder Schuppenbildung einhergeht oder mit sensiblen Erscheinungen verbunden ist, die vielmehr nach einem Bestande von wenigen Tagen mit dem Wachstum der kahlen Stellen wieder schwindet, während die kahle Haut im weiteren Verlaufe ihr charakteristisches anämisches Aussehen und ihre glatte Beschaffenheit annimmt und auch weiterhin beibehält. In Fällen dieser Art ist also der Haarausfall keineswegs eine Folge der Rötung, sondern beides, Haarausfall und Rötung, sind die gemeinsamen Folgen einer und derselben Ursache. Weiterhin gibt es Fälle von Alopecie, bei welchen in der Peripherie der kahlen Stelle, zuweilen selbst auch in der Mitte derselben, Haarstümpfe vorhanden sind. Diese Haarstümpfe stecken aber nur ganz locker in ihren

Follikeln und lassen sich durch den allerleisesten Zug mit der Pinzette aus denselben herausheben oder fallen regelmäfsig schon nach wenigen Tagen spontan aus. Die Haarstümpfe beim Herpes tonsurans lassen sich nicht so leicht herausheben, es sei denn, dafs das Haar bereits durch die inzwischen eingetretene Eiterung an seiner Wurzel abgelöst ist; zumeist reifsen sie beim Epilationsversuch innerhalb des Follikels ab, so dafs man nur Haarfragmente zu entfernen vermag. Beim Herpes tonsurans können ferner, sobald er einige Zeit bestanden hat, die Entzündungserscheinungen zuweilen vollkommen schwinden und alsdann mit Haarstümpfen besetzte, oft nur ganz wenig schuppende Stellen von normaler Farbe zurückbleiben, die, wenn es sich um blonde Haare handelt, bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer Area hervorrufen, da die abgebrochenen, also pilzhaltigen Haare übersehen werden und die Haare, welche aus den Follikeln herausgezogen werden, keine Pilze enthalten. Zudem gibt es Fälle von Herpes tonsurans, bei welchen überhaupt nur ganz vereinzelte Haare pilzhaltig sind. In solchen Fällen ist aber meist eine entzündliche Röte mit Schuppenbildung vorausgegangen, die bei der Alopecie niemals vorkommen.

Zur Sublimatfrage. Da Vergiftungen mit Sublimat nicht zu den Seltenheiten gehören, so stellt Prof. Liebreich (*Terapeutische Monatshefte* 1887. No. 1) diejenigen Eigenschaften zusammen, welche für die praktische Verwertung zu kennen absolut notwendig ist. Zuerst mufs bemerkt werden, dafs von einer Auflösung des Sublimats im Brunnenwasser Abstand zu nehmen ist, da die Niederschläge, welche durch die im Brunnenwasser enthaltenen Kalksalze entstehen, den Titer der Lösung beeinträchtigen. Die Niederschläge, welche entstehen, würden natürlich basischer Natur sein, nämlich Oxychloride. Rouchet hat 15 solcher Verbindungen hergestellt und hält es nicht für unwahrscheinlich, dafs noch eine ganze Reihe derselben gefunden werden. Vor allen Dingen ist zu bemerken, dafs die Sublimatlösungen in sich, ohne Gegenwart von Alkalien oder alkalischen Erden eine Zersetzung erleiden, indem sich Kalomel abscheidet. Ein andrer nicht zu unterschätzender Punkt ist die Acidität des Sublimats; man kann es als eine Säure auffassen; die Reaktion ist auch sauer. Durch gewisse Doppelverbindungen wird die saure Reaktion des Sublimats aufgehoben und die Lösung so eine neutrale. — Zu diesen Körpern gehört Kochsalz und Salmiak; daher die reizmildernde Wirkung bei Kochsalzzusatz. Auch der Zusatz des Salmiaks ist nützlich und es empfiehlt sich, den Sublimatlösungen von 1 pro Mille die doppelte Quantität beizufügen. Diese chemischen Bemerkungen über das Chlornatrium und Chlorammonium zeigen auch, wie wenig exakt die subkutane Methode der Sublimatbehandlung Jahre hindurch gehandhabt worden ist, besonders wenn man auch berücksichtigt, dafs die Sublimatlösung eine eiserne Kanüle passiert, welche immerhin noch eine Einwirkung auf das Sublimat ausüben mufs. Am meisten Unklarheit findet sich in bezug auf die Einwirkung einer Sublimatlösung auf Seife. Man kann nur

Sublimatseifen herstellen, wenn man der konzentrierten Seifenlösung 1 bis 2% Sublimat hinzumischt; doch glaubt L. nicht, dafs diese Sublimatseifenlösung die gleiche desinfizierende Kraft des Sublimats besitzt. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs, wenn man über eine eingeseifte Fläche der Hand, der Haut oder sonst wo Sublimat hinübergiefst, die Seife zur Gerinnung kommen mufs und bei der Reinigung, beim Abtrocknen der Hautstellen, ein Verschmieren von unlöslicher Sublimatseife stattfindet. Überhaupt ist die Reinigung der Haut mit wässeriger Sublimatlösung eine äufserst fragliche, da die Lösung nicht der Epidermis adhäriert, und eine Desinfektion ist nur beim Kontakt denkbar. Das Sublimat haftet an der Epidermis ebenso wenig wie an frisch polierten und etwas gefetteten Flächen. Instrumente in Sublimatlösung zu tauchen ist ebenfalls nicht geeignet, entweder haftet das Sublimat, dann korrodiert es den Stahl, oder es findet keine Adhäsion statt, und dann ist es nutzlos. Zweckmäfsig ist es daher, erstens den Sublimatlösungen bis 1: 1000 gleichviel chemisch reines Kochsalz zuzusetzen, oder wie anderweitig Salmiak hinzuzufügen, zur Reinigung der Hände dagegen die Sublimatseife zu benutzen, vorausgesetzt, dafs die Seife eine neutrale sei.

Die medikamentösen Leime, von Dr. P. G. Unna. (*Ärztl. Vereinsblatt.* 1886. No. 176.) Nach den allgemeinen Versuchen Unnas ergab sich das Prinzip, den ohnehin absolut haltbaren Zinkglycerinleim als allgemeine Basis sämtlicher medikamentösen Leime aufzustellen. Diese Leimgrundlage mufs fabrikmäfsig hergestellt werden, so dafs der Apotheker nur das vom Arzte gewünschte Medikament durch Zusammenschmelzen zu inkorporieren braucht. U. unterscheidet eine weiche und eine harte Grundlage, und ist deren Zusammensetzung folgende:

Weicher Zinkleim		Harter Zinkleim	
Zinkoxyd	15 Tle.		10 Tle.
Gelatine	15 „		30 „
Glycerin	25 „		30 „
Wasser	45 „		30 „
	100 Tle.		100 Tle.

1. Unbegrenzt mit (weichem und hartem) Zinkleim mischbar sind folgende pulverförmige Substanzen: Cerussa, Plumb. jodat, Präzipitat, Hydrargyrum album, Sulfur, Jodoform, Chrysarobin. Empfehlenswert sind 5—10 % Zusätze derselben zum weichen Zinkleim. Beim Jodoform und Schwefel wird man 20—30 % zusetzen.

2. Einige Medikamente üben einen gerinnungshemmenden Einfluſs auf die Gelatine aus; dahin gehören: Karbolsäure, Salicylsäure, Resorcin, Naphthol, Kreosot, Kalium sulfuratum. Diese Substanzen wird man stets nur mit hartem Zinkleim verschreiben und kann die Dosis bis 10 % (!) steigern.

3. Eine einfach verdünnende und die Gerinnung lockernde Wirkung haben: Fette, Balsame, Teersorten, Ichthyol.

Man mufs dieselben ebenfalls mit hartem Zinkleim zusammen ve
schreiben und geht nicht über einen Zusatz von 33 % (!) hinaus.

4. Will man mehrere der unter 2 und 3 genannten Medikamente m
sammen dem Zinkleim zusetzen, so darf ihre Summe den mit dem Maximal
zeichen (!) versehenen Prozentsatz nicht übersteigen. Man wird also höchstens

Gelatinae Zinc. durae	90,0	
Resorcini		
Acid. salic.	aa 5,0	oder
Gelatinae Zinci durae	67,0	
Ol. Cadini	23,0	
Adipis	10,0	

z. B. verschreiben dürfen, wenn der Leim eine gute Decke geben soll.

5. Pulverförmige Substanzen kann man in beliebigen Quantitäten kom
binieren, nur darf man ihre Summe nicht höher anwachsen lassen, als d
Hälfte des Leimgewichts (= 33 %).

6. Ganz auszuschliefsen als Zusätze zu den Zinkleimen sind: Tann
Pyrogallol und Quecksilberoxyd.

7. Einer besonderen Spezialisierung bedürfen die narkotischen Zusät
Kampfer, Chloral, Kampferchloral, Extr. Cannabis und Sublimat. Dies letzte
ist bis zu 3 % in Glycerinleim löslich, weitere Zusätze senken sich im g
lösten Leim, und bei 10 % wird die Gerinnung verhindert. Höhere Zusä
wie 1% werden selten vorkommen. — Kampfer, Chloral und Kampferchlo
werden als je 2% Leim, Cannabisextrakt als 2—5 % Zusatz zum weich
Zinkleim angewendet.

Die Affektionen der Haut, für welche die Leime zu empfehlen sind, sin

a. Pruritus, *b.* artifizielle Erytheme und Ekzeme, *c.* intertriginöse Ekz
d. Beginn aller stark juckenden Ekzeme und interkurrent deren Exacerbatio
e. Abschuppung nach akuten Exanthemen, *f.* Ichthyosis, *g.* Akne, *h.* G
schwüre und Wunden.

Zu den vielen Mitteln gegen die unkomplizierten Neurosen der Ha
den einfachen und senilen Pruritus, zählen mit vollem Recht die medi
mentösen Leime. Das Gebiet der künstlichen, oberflächlichen Hautentzü
dungen, wozu die durch unzweckmäfsigen Gebrauch der grauen Salbe, dur
scharfe, spirituöse Einreibungen erzeugten Entzündungen, sowie die Reizun
erscheinungen durch Chrysarobin, Kaliseife, Quecksilberpräparate, Jodtinkt
Salicylsäure, Resorcin etc. gehören, wird durch die Leime sehr rasch bee
flufst, indem dem Zinkleim 2 % Ichthyol oder 5 % Schwefel hinzugesetzt
wird. Erytheme und Rhagaden sind unter dieser Behandlung fast nach 2
Stunden geheilt, akute Ekzeme, wenn kein Nässen bestand, fast unter einem
Verbande. Eine bestimmte Lokalisierung macht die Ekzeme ganz besonder
geeignet für die Leimbehandlung, nämlich diejenige an den Gelenkgegenden
und Hautfalten. Bei sehr stark juckenden, umschriebenen oder universell
Ekzemen ist die Einleimung mit einem Zinkleim von 2% Ichthyol und 5%
Extr. Cannabis von guter, bei sehr nervösen Personen hin und wieder von

magischer Wirkung. Bei der Desquamation nach Scharlach und Masern wird dadurch eine Desinfektion der Schuppen, rasche Beendigung der Abschuppung und der entzündlichen Störungen der Haut erzielt. Ein Zinkleim mit 2% Resorcin und 10% Fett wird bei Ichthyosis am ganzen Körper aufgepinselt und jede Woche einmal, bei kleineren Kindern öfter im Bade entfernt. Der behaarte Kopf, Gesicht und Hände werden nachts mit einer 2%Resorcinsalbe (oder 5% Schwefelsalbe) eingefettet und morgens gewaschen. Diese Behandlung wird so lange fortgesetzt, bis die Haut nicht nur von Schuppen befreit ist, sondern die natürliche Oberhautfelderung, den Glanz, die Geschmeidigkeit und das Fettgewebe einer durchaus normalen Haut wiedererlangt hat. Für manche Fälle entzündlicher Akne ist die nächtliche Aufpinselung eines Zinkleims mit 20% Schwefel, resp. 1% Schwefelleber oder 5—10% Resorcin oder 1% Sublimat mit oder ohne Zusatz von 2% Salicylsäure empfehlenswert. Zinkleim mit Jodoform ist bei frisch angelegten Nähten anzuwenden. Als Hilfsmittel für die Behandlung wendet U. den Zinkleim bei Lupus, bei Psoriasis, bei Herpes tonsurans im Kopfhaar der Kinder an, indem die Umgebung damit bepinselt wird. An die Ekzeme schliefsen sich die Unterschenkelgeschwüre und in andrer Richtung die keratoiden Ekzeme der Hand- und Fufssohle: die Leichdorne und Schwielen an, deren kranke Stellen mit Zinkleim umrahmt werden; ferner zur Befestigung aller Salben- und Pflastermulle.

Experimentelle Studien zur Pathologie und Therapie der Gonorrhöe, von Dr. L. Casper. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1887. No. 5.) C. nimmt mit Gayon an, dafs entsprechend der Bedeutung des Musculus compressor partis membranaceae als Grenze zwischen der vorderen und hinteren Harnröhre ein vor dem Bulbus in der Harnröhre sich absonderndes Sekret nach dem Orificium cutaneum zufliefst, während eine hinter dem Bulbus in den hinteren Harnröhrenpartien sich absondernde Flüssigkeit in die Blase regurgitiert und den Urin trübt. Dieser Satz soll aber nur bedingsweise richtig sein, nämlich dann, wenn es sich um nicht gar zu kleine oder zähe Sekretmengen handelt. Für die Mehrzahl der Fälle aber ist man berechtigt anzunehmen, dafs, wenn bei einem in 2 Gläsern aufgefangenen Urin das erste Flocken enthält, während der im zweien Glase befindliche Urin klar und rein ist, eine Gonorrhoea anterior vorliegt, dafs weiter, wenn beide Gläser trüben Urin enthalten, und zwar das erste trüberer als das zweite, und gleichzeitig die immer aus der Urethra stammenden Flocken, dafs dann eine Gonorrhöa posterior vorliegt, während, wenn beide Gläser trüben Urin enthalten und das zweite trüberen als das erste, eine Cystitis besteht. Zeissl behauptet aber, dafs auch das in der hinteren Harnröhre sich ansammelnde Sekret zum Orificium cutaneum herausfliefst und nicht in die Blase gelangt, daher auch bei der Gonorrhoea posterior der im zweiten Glase aufgefangene Urin klar ist, dafs, sobald der zweitgelassene Urin trüb erscheint, eine Erkrankung der Blase selbst, eine Cystitis, besteht. C. hat, um seine Ansicht

zu beweisen, folgendes Experiment gemacht. Er brachte einer Reihe von Patienten 2—4 Tropfen einer verdünnten Lösung von Kalium ferrocyanatum in die Pars membranacea. Nach Verlauf einer Stunde liefs er die Patienten in 3 Portionen urinieren; auf Zusatz eines Tropfens von Liq. ferr. sesq. entstand in allen 3 Urinportionen ein Niederschlag von Berliner Blau, ein Beweis, dafs die 2—4 Tropfen gelben Blutlaugensalzes in die Blase geflossen waren. Um dieses noch mehr zu beweisen, liefs er die Patienten nach der Injektion von 2—4 Tropfen Ferrocyank.-Lösung eine Stunde warten, sodann einen Teil ihres Urins entleeren, und entnahm den Rest des in der Blase enthaltenen Urins mit dem Katheter. Auch hier zeigte sich dieselbe Reaktion. Bei der akuten Gonorrhöe hat C. auch vom Ol. lign. Santali gute Wirkungen gesehen, doch macht er auf die von Letzel angegebenen Reizungserscheinungen der Nieren aufmerksam und rät nur bis 40 Tropfen pro die gebrauchen zu lassen. Bei der chronischen Gonorrhöe soll die Konstitution des Patienten nach C. eine Rolle spielen, indem Rheumatismus, Skrofulose, Lues, wie überhaupt eine geschwächte Konstitution ungünstige Chancen für die Heilung bieten. Ein zweiter Grund für die schwere Heilbarkeit soll die unvollkommene Applikation der Heilmittel sein; deshalb soll man bestrebt sein, die antigonorrhoischen Mittel in innigsten Kontakt mit der Schleimhaut zu bringen und zwar soll dieses nur möglich sein durch seine kannelierten Sonden, deren Rinnen er mit folgender Salbe ausfüllt:

Arg. nitr.	0,5 — 0,75
Solve in minima quantitate *Aq. dest.*	
M. c. *Lanolin. puriss. anhydric.*	35,0
et *Ol. olivar. puriss.*	15,0

M. f. ung.

Die Sonden bleiben nach der Einführung bis zur halben Stunde in der Urethra liegen und werden nur früher herausgenommen, wenn Schüttelfröste, heftige Schmerzen, Erektionen und Kontraktionen der Blase dazu Veranlassung geben. Tägliches Bougieren ist nicht ratsam, sondern nur jeden zweiten Tag.

Deutsche, elastische Gewebe- (Stoff-) katheter und -bougies, von Dr. O. Zeller. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1887. Nr. 4.) Herrn August Ruesch in Kannstadt ist es nach langem Bemühen gelungen, deutsche elastische Gewebekatheter und -bougies, welche als Marke und zum Unterschied von den importierten ein deutliches lateinisches „R. gesetzlich geschützt" am Schafte unmittelbar neben dem Pavillon tragen, zu fabrizieren und zwar ganz in derselben Weise, wie die französischen und englischen (Schlauch aus einfachem [billigste Sorte] oder doppeltem Baumwollengewebe [Mittelsorte] oder Seidengewebe [Primasorte] mit Harzmasse imprägniert und mit einem gelben, braunen, roten oder schwarzen Lackfirnis überzogen). Die Formen derselben sind cylindrische, konische, einfach (olivenförmige) und mehrfach geknöpfte; die Bougies sind entweder hohl oder solid, letztere also mit einer Ausfüllungsmasse aus Harz mit und ohne Darmseiteneinlage versehen oder mit Schrot-

körnern gefüllt (sog. plombierte Bougies); die Katheter ebenfalls konischer, cylindrischer und einfach geknöpfter Form, ferner mit und ohne Mandrin, sowie auch mit einfacher (condées) und doppelter (bicondées) Mercierkrümmung. Die Rueschischen Katheter sind durchweg einige Zentimeter länger als die englischen und französischen. Die Gröfseneinteilung ist wie bei den französischen nach der Filière von Charrière, so dafs jedes einzelne Instrument vom nächst gröfseren oder kleineren um $^1/_3$ mm an Umfang differiert, mit $^1/_3$ mm Dicke beginnt und mit 10 mm endigt, also 30 Nummern. Der Preis ist um 20—25 % billiger, als die importierten.

Einspritzung bei Tripper:

℞ *Saloli* 10,0
Gummi. arab. 5,0
Aq. destill. 200,0
M. f. Emuls. D. S. (*Therapeutische Monatsh.* 1887. Nr. 1.)

Das syphilitische Koma, von Dr. J. Althaus in London. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1887. Nr. 5.) Während in der Medizin das urämische, alkoholische und diabetische Koma gekannt und beschrieben sind, ist das syphilitische Koma, wie Verf. meint, fast nirgends erwähnt, und doch ist die Kenntnis des syphilitischen Komas von grofser praktischer Wichtigkeit, da dasselbe eine ganz verschiedene Behandlung erheischt, wie die andern Formen, und eine irrige Diagnose in solchen Fällen leicht das Schicksal des Patienten besiegelt. A. hat im ganzen 8 Fälle von wahrem syphilitischen Koma gesehen; sie kamen alle bei Männern zwischen 25 und 42 Jahren vor. Eine primäre und sekundäre Affektion hatte notorisch in allen diesen Fällen bestanden; in 4 von ihnen war eine spezifische Eruption auf der Kopfhaut und an einigen andern Stellen vorhanden; in einem fand sich ein Geschwür an der Zunge. In einem Falle trat das Koma 8 Monate nach der Infektion auf; in 6 andern Fällen zwischen 3 und 5 Jahren und in einem 17 Jahre nachher. In 2 Fällen hatten keine Cerebralsymptome bestanden, ehe das Koma eintrat, während 6 andre Patienten zu verschiedenen Zeiten an Schwindel, epileptiformen Konvulsionen und vorübergehender Parese in den Gliedern gelitten hatten. Unter den Veranlassungsursachen des Anfalls hat A. übermäfsige geistige Anstrengungen, Gemütsbewegungen, geschlechtliche und alkoholische Exzesse bemerkt. Als Vorläufer des Anfalls bestehen Kopfschmerzen, ein verwirrtes und dumpfes Gefühl im Kopfe, undeutliche Sprache, mouches volantes, plötzlicher Verlust des Sehvermögens für eine kurze Zeit, Taubheit in den Gliedern und Verringerung der notorischen Kraft. Das Anfangsstadium beginnt gewöhnlich im Schlafe. Pat. wird bewufstlos im Bette gefunden; er liegt ruhig auf dem Rücken, das Gesicht ist ausdruckslos, die Züge nicht verzerrt. Gesichtsfarbe blafs. Zuweilen kann man ihn, wenn man ihn anschreit, zu sich bringen; aufgefordert, die Zunge auszustrecken, bemüht er sich, dies zu thun, doch zeigt die Zunge keine

Deviation. Flüssigkeiten versucht er hinunter zu schlucken. Die Augen sind geschlossen. Öffnet man die Lider, so sieht man den Bulbus tief in die Augenhöhle zurückgezogen, einen gewöhnlich etwas mehr als den andren, und die Richtung der Sehaxen divergiert, was einen eigentümlich stupiden Blick hervorbringt. Je tiefer das Koma, desto gröfser ist caeteris paribus der Grad der Divergenz. Die Pupillen sind klein und unempfindlich gegen Licht. Die Reflexerregbarkeit der Conjunctiva ist abgestumpft oder verloren gegangen. Die Muskeln der Glieder und des Stammes sind im Zustande einer vollkommenen Erschlaffung, fallen beim Erheben schwerfällig zurück. Keine Hemiplegie, Starre oder Zittern, sondern ein totes Niveau von Paralyse, mit völligem Verluste des Muskeltonus. Die Sensibilität und Reflexerregbarkeit sind bedeutend verringert oder ganz verloren gegangen. Die Sehnenreflexe fehlen entweder ganz oder lassen sich nur mit Mühe hervorrufen. Inkontinenz der Exkretionen infolge von Lähmung der Spkinkteren. Puls langsam, 40—60 in der Minute; Beschaffenheit desselben nicht immer dieselbe; Atmung langsam und seicht, Zahl der Atemzüge verringert, 8—10 in der Minute; die Temperatur schwankt zwischen 35,5—36°. Dieses Anfangstadium dauert gewöhnlich 2—6 Tage und endet entweder in Genesung oder im Endstadium, welches zum Tode führt. Die Genesung erfolgt meistenteils infolge einer energischen spezifischen Behandlung. Das Endstadium charakterisiert sich durch eine Intensifikation der Bewufstlosigkeit und des Verlustes der willkürlichen Kraft, Sensibilität und Reflexerregbarkeit. Das Gesicht wird livide und zyanosiert, die Conjunctivae injiziert, unempfindlich, Puls klein, schnell, 140—180; Atmung beschleunigt, Stertor und Cheyne-Stockesscher Typus; Trachealrasseln; zuweilen hypostatische Pneumonie. Dieses Stadium dauert 24—36 Stunden. Von den 8 Fällen endeten 6 in Genesung und 2 tödlich im ersten Anfall. Pathologisch wird man wahrscheinlich eine Erkrankung der wichtigen Gehirnarterien, besonders der Basilararterie finden. Ein plötzlicher Verschlufs derselben durch akute Entzündung oder Thrombose führt schnell zum Tode, und das Hauptsymptom von Anfang an ist tiefes Koma. Was die Differentialdiagnose anbetrifft, so verweise ich auf die vom Verf. vortrefflich geschilderten differential-diagnostischen Momente der andern komatösen Zustände. Die Therapie mufs teils symptomatisch, teils spezifisch sein, aufser einer kräftigen Ernährung und Excitantien kommt eine Inunktionskur und der Gebrauch des Merkurs hypodermatisch in Anwendung.

Pharmakologie und Toxikologie. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1887. Nr. 5.) Dr. Lewin erwähnt in diesem Aufsatze, dafs in Frankreich klinische Versuche angestellt sind, um die früher schon gerühmte Heilwirkung der Kawa (Piper methysticum) gegen Gonorrhöe nutzbar zu machen. Lanné sah von einer solchen Behandlung in 6 Fällen Erfolge. In 2 Fällen (Cystitis mit krampfhafter Reizung des Blasenhalses und Cystitis neben Orchitis hörten bald nach dem Beginn dieser Medikation heftige, seit längerer Zeit bestehende

krampfhafte Beschwerden und intensive Dysurie auf. Er bezeichnet die Kawa geradezu als ein Mittel, das eine in der Behandlung dieser Krankheit vorhandene therapeutische Lücke ausfülle. Es schwäche die unangenehmen akuten Erscheinungen ab und wirke in späteren Perioden verringernd auf den Ausfluſs. Er ließ Pillen nehmen, von denen jede 0,1 g eines wässerig-alkoholischen Extraktes, etwa entsprechend 1 g Kawapulver, enthielt. L. würde für diesen Zweck das alkoholische Harzgemisch oder das α-Kawaharz oder auch das Extr. Fluidum Kawae empfehlen. Er hat zwei Personen von gutem Kawapulver 4—8 g 3—4 mal täglich ohne unangenehme Störung des Allgemeinbefindens oder Nebenwirkungen verabfolgt. Die eine Person gab an, einmal ein vorübergehendes Gefühl von Übelkeit und beim Gebrauch des Fluidextraktes auch Dysurie gehabt zu haben, sich aber sonst während des Kawagebrauches in einem ganz eigenartigen geistigen und körperlichen Wohlseinszustande befunden zu haben, insofern ihm Denken, sowie mechanische Arbeit leichter von statten gegangen seien wie sonst. Die Gonorrhöe heilte ohne Einspritzungen. Um die Frage zu entscheiden, worauf die antigonorrhoische Wirkung der Kawa zurückzuführen sei, hat L. den Harn nach Kawagebrauch untersucht und daraus sowohl das indifferente Kawahin als auch harzige, am Auge lokale Anästhesie erzeugende Bestandteile in geringer Menge extrahieren können. Eine lokal anästhesierende und beruhigende Wirkung konnte also in allen Teilen des uropoëtischen Systems zu stande kommen. Ferner glaubt L., daſs die in seinen Versuchen beobachtete ganz eigenartige Ischämie an den Schleimhäuten, die mit dem Mittel direkt in Berührung kamen, vielleicht zur Erklärung der bei Gonorrhöe beobachteten Verminderung des Ausflusses herangezogen werden kann.

Beitrag zu Hutchinsons syphilitischer Zahndifformität. Dr. Richard Otte in Habelschwerdt hat einen Fall Hutchinsonscher Krankheit beobachtet und beschreibt ihn (*Berl. kl. Wochenschr.* 1887. Nr. 6) folgendermaſsen: Das 20jährige ledige Dienstmädchen Schr. wurde im Septbr. v. J. wegen exulcerierenden syphilitischen Gummaknotens im weichen Gaumen in das dortige Krankenhaus Maria-Hilf aufgenommen. Dasselbe ist das einzige, und zwar aufserehelich geborene Kind ihrer jetzt 66 Jahre alten Mutter, welche zur Zeit dieser Gravidität notorisch an manifester Syphilis litt und daraufhin merkuriell behandelt wurde. Die Patientin ist ein etwas anämisches, sonst aber im allgemeinen normal entwickeltes Individuum, das, abgesehen von dem Gummaknoten, dessen Ursprungszeit zweifelhaft bleibt, keine Spur von sogen. Syphilis acquisita zeigt, wohl aber manifeste, charakteristische Zeichen in frühester Jugend bestandener, kongenitaler Syphilis an sich trägt, nämlich: „abgeflachten Nasenrücken, chronische Rhinitis, feine weiſse, von Kinn und Nase zum Munde ausstrahlende Narbenlinien und vor allem die sogen. Hutschinsonsche Difformität der mittleren oberen Schneidezähne.“ Ein jeder der mittleren Schneidezähne erscheint von aufsen nach innen um die eigne Längsaxe um ein geringes gedreht, so daſs die Vorderflächen

einen nach vorn offenen stumpfen Winkel bilden, mithin gleichsam gegen einander sehen. Die Seitenränder eines jeden laufen nicht parallel, sondern konvergieren nach dem freien Rande gegeneinander, so dafs zwischen den einzelnen Schneidezähnen ein nach oben spitzwinkelig zulaufender Zwischenraum verbleibt. In der Mitte der Vorderfläche jedes mittleren Schneidezahns verläuft eine lineare Längsfurche, welche sich nach abwärts zur Kaufläche allmählich vertieft und dort schliefslich in einen halbmondförmigen Ausschnitt übergeht, der, mit der Konvexität nach oben, mit der Konkavität nach unten gerichtet, als seichte, überall mit Schmelz bedeckte Vertiefung in gleicher Weise sich sowohl auf der vorderen und hinteren Fläche, als auch am unteren freien Rande des Zahnes findet, so dafs die Kaufläche hierdurch fein gezähnelt erscheint, und der, wie erwähnt, längsgefurchte Zahn in der Vorderansicht den Eindruck macht, als bestände er aus 2, miteinander zusammengewachsenen kongruenten Längshälften, ein Verhalten, das jedoch um so mehr ein scheinbares ist, da die Rückseite keine Längsfurche aufweist. Die Bogenhöhe der seitlichen halbmondförmigen Vertiefungen beträgt je 2 mm, die des Ausschnitts am freien Rande 1 mm. Etwas weicht diese Form von der Hutchinsons ab, doch sind diese vollständig intakt, während der englische Autor die beiden oberen mittleren Schneidezähne nicht mehr in so ursprünglicher und intakter Form vorführt.

Berlin. L. Hoffmann.

Österreich.

Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. 1886.

Thin. **Impfversuche mit Lepragewebe auf Tiere.** Impfversuche mit Hautstückchen in Augen (vordere Kammer) und Haut zweier Affen und zweier Katzen blieben erfolglos. Die Haut war von der gemischten und tuberkulösen Form des Aussatzes genommen. Vielleicht ist an dem negativen Erfolg der Impfung der rasche Tod der Versuchstiere schuld; beim Menschen verfliefst eine lange Zeit zwischen dem temporären Aufenthalt in Lepragegenden und dem Ausbruch der Krankheit nach der Rückkehr in leprafreie Gegenden.

Chiari. **Über den Befund ausgedehnter tuberkulöser Ulceration in der Vulva und Vagina** (mit Abbildung). Bei der wegen chron. Tuberkulose aufgenommenen 30 Jahre alten Kranken zeigte sich eine umfängliche Ulceration der rechten Schamlippen; Grund speckig, Ränder härtlich, zackig; die auf die rechte Scheidenwand übergreifende Ulceration vergröfserte sich allmählich, in ihrem Grunde käsige Knötchen zeigend; die histologische Untersuchung ergab Miliartuberkulose. Der Sektionsbefund ergab verbreitete Tuberkulose; Harnröhre und Blase waren intakt; dagegen das Rectum allent-

halben mit grofsen, alten, tuberkulösen Geschwüren besetzt; ein solches am hintern Rand des Anus.

Tuberkulöse Ulceration der Vulva und von da fortgeleitet auf die Scheide ist sehr selten. ZWEIFEL fand, wie CH., keinen Fall in der Litteratur; selbstverständlich, wenn man zwischen eigentlicher tuberkul. Ulceration und Lupus unterscheidet. (WINKEL hat in seiner *Pathologie der weiblichen Sexualorgane.* 1881. keinen Fall abgebildet. ST.) Wenn auch Lupus durch den Nachweis miliarer Tuberkelknötchen und Tuberkelbacillen in den Knötchen mit Recht zu den Hauttuberkulosen gerechnet wird, so stellt er aber doch nur eine spezielle Form der Hauttuberkulose vor; es fehlt die Verkäsung in den Miliartuberkeln und die Zahl der Bacillen ist sehr gering. — Wie ist nun die Infektion der Vulva erfolgt? Eine Fortpflanzung von Uterus und Cervix, wie bei Männern von Blase auf Harnröhre, war nicht möglich, da jene frei waren; es könnte allerdings nun durch Metastase, wie schon sonst beschrieben, die Erkrankung erfolgt sein, näher liegt aber die direkte Infektion der Vulva von aufsen, durch die Dejektionen der Kranken, durch das Geschwür am Anus, vielleicht vermittelt durch leichte Einrisse in der Vulva.

Aus der Abteilung von Prof. AUSPITZ. HOROVITZ. **Zur Kenntnis der hämorrhagischen Syphilis.** Bei zwei Kranken (28 und 26 Jahre alt) werden die Produkte der Frühperiode und ihre Umgebung hämorrhagisch; in dem einen Falle entwickeln sich thaler- bis handtellergrofse Ekchymosen. So grofse Hämorrhagien scheint nur BÄLZ gesehen zu haben und dieser nur ein Jahr nach dem Primäraffekt und dem ersten Exanthem und unter rheumat. Schmerzen. (?) ZEISSL beschreibt diese Form überhaupt nicht; andre nur flüchtig oder dafs einzelne Knötchen hämorrhagisch wurden. — Die hämorrhag. Syphilis Neugeborener ist hiervon zu trennen. In den beschriebenen Fällen ist die Blutung wahrscheinlich auf dem Wege der Diapedese zu stande gekommen, und diese wieder durch die Veränderung der Gefäfse. Eine andre Dyskrasie war auszuschliefsen. Interessant ist eine kurze Bemerkung über den Verlauf einer frischen Syphilis bei einer jungen Frau aus einer Bluterfamilie: Diese Kranke erlag Blutungen aus Nase, Uterus, Darm, die Papeln ohne Spur von Hämorrhagie. Zu erwähnen ist noch, dafs im ersten Fall von H. ein leichter Ikterus vorhanden war, der heilte, bevor der andre Prozefs begann. Zu beachten ist die Ähnlichkeit mit Erythema multiforme hämorrhag. [In einem von mir beobachteten Eryth. war hohes Fieber. ST.] — Die Prognose ist günstig. — Der Verlauf der Spyphilis war mild.

Stuttgart. STEINER.

Beiträge zur Glossopathologie, von Prof. ERNST SCHWIMMER. (*Wiener Med. Wochenschr.* 1886. No. 8, 9 u. 10.) Gegen Leukoplakia buccalis

hat der Verf. alle empfohlenen Mittel ohne jemals eine Heilung zu erzielen angewandt. Er hat jedoch die Beobachtung gemacht, dafs Geschwürsbildung und Fissuren der Zungenschleimhaut durch Aufpinselung von Papoyotin schmerzlos werden und schneller überhäuten.

Die Verschreibungsweise ist folgende:

Papayotini 0,5—1,0
Aquae dest., Glycerini aa 5,0

M. D. S. Die kranken Partien mit einem Haarpinsel zu bestreichen.

Alsdann teilt der Verf. die Krankengeschichten von 8 Fällen von Glossodynie mit. Wir stehen da einer in ihrem Wesen zumeist dunklen und unbekannten Neurose gegenüber, die vorzüglich in den Fasern des N. lingualis ihren Sitz hat und eher zentralen als peripherischen Ursachen ihre Entstehung verdankt. Die Therapie dieser Krankheit ist nur selten eine erfolgreiche. Wo sich nur irgend eine konstitutionelle Erkrankung auffindig machen läfst, mufs diese der Therapie zum Angriffspunkt dienen, und wirklich hat Schwimmer gesehen, dafs eine wegen gichtischer Zufälle nach Karlsbad gesandte Dame dort ihre quälende Glossodynie gänzlich verlor.

Altona. Appel.

Amerika.

Septikämie und Dermatitis multiformis durch Amenorrhöe verursacht, von Dr. H. F. Kerr. (*Virginia med. Monthly.* 1887. Jan.) Die 17 Jahre alte Patientin war bis zu ihrer jetzigen Erkrankung stets gesund gewesen. Vor 4 Monaten erkältete sie sich beim Tanzen und hörte auf zu menstruieren. Vier Monate später starb sie. Digitaluntersuchung per vaginam gab keine Aufklärung über die Amenorrhöe. Überhaupt zeigten die Genitalorgane während der ganzen Krankheit nichts andres Pathologisches, als dafs 2 Wochen vor dem Tode ein weifslichgelber, geruchloser Ausfluſs aus der Scheide auftrat, welcher 10 Tage anhielt und dann aufhörte. 3 Monate nach dem Aufhören der Menstruation begannen das Gesicht, die Hände, Vorderarme und Füfse anzuschwellen und ein purpurnes Aussehen anzunehmen. Wenige Tage später begannen im Gesicht, an den Vorderarmen und den Handrücken zahlreiche Blasen von der Gröfse einer grofsen Splitterbse zu erscheinen, und befielen fast die ganze erkrankte Hautoberfläche. Sie waren rund und oval von Gestalt, mit gespannten Rändern, und enthielten eine klare Flüssigkeit. Untermischt mit den Blasen waren kleine stecknadelkopfgrofse Pusteln, welche weifslichen Eiter enthielten. In 3 oder 4 Tagen bildeten sich aus den Blasen zuerst gelbliche, später bräunliche Krusten. Am Vorderarm, wo fast eine zusammenhängende Kruste safs, wurde sie entfernt, und so zeigte sich nach wenigen Tagen die Haut mit einer käsefarbigen, öligen Masse bedeckt ungefähr von der Konsistenz der

vernix caseosa. Nach der Entfernung derselben zeigte sich eine bläuliche empfindliche Haut. Im Gesicht waren die Krusten dick und adhärent und liefsen sich erst nach einigen Wochen mit Mühe entfernen; am Nacken und Ellbogen blieben sie weich und fettig, während die Hautfalten tiefe und sehr schmerzhafte Einrisse hervorriefen. An der Palmarfläche der Arme, Hände und Finger sowie an der Plantarfläche der Füfse und Zehen wurde die Haut stark verdickt und hart, von dem Aussehen und der Konsistenz alten Leders. In Wirklichkeit hatte die ganze Körperoberfläche dies verdickte, sklerosierte Aussehen, aber nicht so ausgesprochen wie an den oben erwähnten Partien. Allmählich wurde die verdickte Haut abgestofsen und ging stückweise in Ringen von den Armen herunter; von den Fingern und Zehen ging sie nach Art eines Handschuhfingers ab. An den Beinen und am Körper nahm die Eruption einen squamösen Typus an; die Haut schälte sich hier in handgrofsen Stücken ab. Dieser Prozefs dauerte ohne Unterbrechung während der ganzen Krankheit der Patientin fort und befiel die ganze Hautoberfläche, die mit Blasen und Verdickungen versehenen Stellen nicht ausgenommen. Während der 3 Monate behandelte Dr. K. die Patientin. Sie hatte frequenten Puls und hohe Temperatur. Am Nachmittag war beides stärker markiert als am Morgen. Während des akuten Stadiums klagte die Patientin über einen brennenden Schmerz.

Dr. K. ist der Ansicht, diese schwere Dermatitis sei durch Septikämie verursacht; er stellt alsdann seinen Fall den von Duhring als Dermatitis herpetiformis beschriebenen gegenüber. Obgleich eine gewisse Ähnlichkeit in vielen Thatsachen existiert, so sind doch noch mehr Verschiedenheiten aufzufinden. Jede Behandlung war umsonst.

New York. Tilden Brown.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Frankreich.

Pariser Korrespondenz. Morphiumexanthem. — Herpes Zoster chronicus. — Purpura hämorrhagica. — Diagnostik der venerischen Schanker.

Morphiumexanthem. In den letzten Jahren ist eine grofse Anzahl von Arzneiexanthemen beschrieben worden. Man kennt sie daher im allgemeinen jetzt gut, z. B. Copaiva, Jod, Arsenik, während über manche, Medikamente nur ungenaue Beobachtungen existieren. Zu diesen letzteren gehört das Opium. van Harlingen erwähnt in seiner bedeutenden Arbeit über Arzneiexantheme (*Archiv of Dermatology.* 1881) nichts vom Opium. Man kennt anderseits die interessanten Fälle von Behrend, Brand, Fuessen, Apolant, Kern; in allen diesen war jedoch die Eruption eine allgemeines erschien erst nach mehreren Tagen und war von Abschuppung gefolgt. In einer kürzlich von Dr. Chouppe veröffentlichten Beobachtung war die Reihenfolge der Ereignisse eine andre, auch gibt die Symptomatologie des Falle

Gelegenheit zu pathogenetischen Betrachtungen. Der beobachtete Patient war seit mehreren Jahren an Morphium gewöhnt, als sich zum ersten Male Zeichen einer Intoxikation einstellten (Karotidenklopfen, Turgescenz des Gesichts, heifser Kopf, Ohrensausen) und zwar anfänglich ohne begleitende Eruption. Diese kam erst später, ganz unregelmäfsig, und verschwand manchmal wieder. Ein andres Mal bemerkte der Kranke plötzlich 5—6 Min. nach der Injektion Prickeln und Jucken an der Innenfläche der Kniee und an der Vorderseite der Handgelenke, welches alsbald von einer gleichmäfsigen Röte gefolgt war. Darauf erhoben sich einige Blasen, welche ca. 1 cm voneinander entfernt waren, sich rapide vergröfserten und zu einem einzigen weifslichen Fleck konfluierten. Die Ränder desselben waren buchtig und der Sitz eines ausgesprochenen Ödems. Die Flecke waren auf beiden Seiten absolut gleich. Sobald die Blasen sich zu vorgröfsern anfingen, hatte das Jucken, aufgehört und nach ungefähr einer Stunde war alles wieder in Ordnung. Dieselben Erscheinungen traten noch mehrmals auf, ohne jemals von Abschuppung oder allgemeinen Symptomen gefolgt zu sein. Manchmal befiel die Eruption aufser den erwähnten Lieblingsstellen die Beine, die Glutäen, die Hüfte, die Arme, den Fufsrücken, aber niemals Brust, Hals und Kopf. Die Dauer war stets dieselbe; Anfang 4—6 Min. nach der Injektion, bis zur Bildung des Ödems weitere 10—12 Min. Im ganzen war in 1 Stunde alles verschwunden. Gleichzeitig mit dem Exanthem trat eine Anschwellung der Extremitäten ein, an den Händen mehr bemerkbar als an den Füfsen. Man kann daraus schliefsen, dafs es 2 Arten von Morphiumexanthem gibt; die eine ist den durch andre Substanzen hervorgebrachten Exanthemen analog, während die zweite Art von einer Störung der vasomotorischen Nerven abhängt. Man erkennt die Natur der Eruption durch ihre vollkommene Symmetrie, durch ihr rapides Auftreten, durch die begleitende Kongestion zu den Extremitäten. Die Annahme scheint zulässig, dafs es sich hier um eine Beeinflussung des vasomotorischen Zentrums handelt, ein Analogon der durch die Einführung mancher Nahrungsmittel hervorgerufenen Erkrankungen.

Herpes Zoster chronicus. Es ist jetzt eine unbestreitbare Thatsache, dafs es einen chron. Zoster gibt, und die Studien über die klinische Seite der Affektion sind ziemlich vollständig. Professor Leudet in Rouen hat kürzlich eine interessante Arbeit über diesen Gegenstand publiziert, welche eine besondere Stellung in der Anzahl der Studien desselben Autors über die Läsionen der peripherischen Nerven einnehmen wird. Neben der leichten transitorischen Form, welche kürzere oder längere Zeit dauernde Schmerzen hinterläfst und ohne Spuren zurückzulassen verschwindet, existiert eine chronische Form, welcher man mehr Beachtung schenken mufs. Manchmal — und das ist eine wahrhaft chronische Form — persistiert die Herpeseruption monatelang, tiefe Ulcerationen treten an Stelle der Bläschen, und manchmal sieht man nach einer verhältnismäfsig schnellen Vernarbung die Ulceration wieder auftreten. Das ist ein einfaches Recidiv, es ist mit Röte,

Anschwellung und einer neuritischen Pseudophlegmone verbunden. Wenn schliefslich die Ulceration vernarbt, treten manchmal Keloide auf. Eine zweite chronische Form kann man als örtlich recidivierende Zona bezeichnen, eine dritte Form breitet sich allmählich auf mehrere Zweige desselben Nerven oder auf benachbarte Nerven aus. Die vierte Form endlich verdient den Namen Zona à distance, in diesem Falle nämlich verbreitet sich die Herpeseruption von einem Nerven auf einen andren, entfernten, oder kann sogar sekundär der Verletzung eines Nervenzweiges folgen ohne sichtbare anatomische Verbindung mit demselben. Diese Einteilung hat viel Ähnlichkeit mit der von VERNEUIL, welcher eine peripherische und eine zentrifugale Zona beschrieb, ferner eine Zona traumatique de voisinage und eine Zona traumatique à distance. Die leztere kann sich auch unabhängig von einem Trauma zeigen, z. B. während der Entwickelung langdauernder nervöser Affektionen (Krampfanfälle im Gefolge eines Empyems), oder als Manifestation eines chronischen Zustandes (Zona frontalis bei Exacerbation von Lungentuberkulose). LEUDET besteht darauf, dafs bei Tuberkulose die Krankheit direkt auf die Nerven übergreift, wie auf das Gewebe der Thoraxwand oder auf die der Lunge benachbarten Organe. In seiner ersten Beobachtung erschien die Zona gerade zur Zeit der Exacerbation der Lungenerkrankung. Die Hauteruption zeigte sich über dem am meisten erkrankten Punkte, an der Stelle, wo die Zerstörung des Lungengewebes am vorgeschrittensten war. Die Haut zeigte Störung der kapillären Zirkulation, beträchtliche Anästhesie und tief sitzende Schmerzen. Die indurierte Basis der Flecke war ein Zeichen der fortdauernden Entzündung, und die Zona war nach 2monatlicher Beobachtung noch ulcerös. Bei einem zweiten Patienten ebenfalls tuberkulös, korrespondierte auch der Sitz der Zona dem erkranktesten Teil der Lunge. Unter der geringen Besserung der Symptome bedeckten sich die Ulcerationen mit einer leichten Kruste, welche sich aber bald wieder abstiefs, um einer rötlichen Wucherung von der Gröfse einer Linse Platz zu machen. Noch nach 6monatlicher Beobachtung war diese Zona ulcerös. Der Verf. gibt schliefslich als Charakteristikum der chron. Zona eine Dauer von 3 bis 6 Monaten an; die Alterationen der Nerven sind von verschieden schwerem Charakter.

Purpura haemorrhagica. Über die Ursache der Purpura hat man sich noch nicht geeinigt. Sie scheint keine einheitliche Erkrankung darzustellen, ist vielmehr, wie es schon 1879 Dr. RIGAL vor der Societé médicale des hopitaux sagte, als ein Ausdruck von Symptomen anzusehen, welche verschiedene Erkrankungen bezeichnen können, mit Bevorzugung nutritiver Veränderungen der Kapillaren und Störungen iher Innervation. In einer vor einigen Jahren erschienenen ausgezeichneten Arbeit trennte Dr. CONTY von den gewöhnlich beschriebenen Formen der Purpura eine Varietät ab, welche nervösen Ursprungs ist und sich von den andern durch ihren Verlauf und ihre Symptomatologie unterscheidet, und welche durch 3 Dinge charakterisiert ist: Purpuraflecke, gastrointestinale Störungen, Hautödeme. Dr. TAMUHON beschreibt

den Fall eines 15jährigen Patienten, welcher ca. 2½ Monate lang eine Reihe von Purpuraeruptionen darbot, welche sich auszeichneten durch ihre grofse Zahl, ihre Konfluenz, durch ihre Verbreitung über die ganze Hautdecke, durch ihre Vorliebe für die Nachbarschaft der Gelenke, durch die Koexistenz verschiedener Formen der Eruption selbst. Sehr bemerkenswert war der Einfluſs der Muskelthätigkeit auf die Entwickelung der Hauthämorrhagien. Wenn der Kranke sein Bett verliefs, entstand nach wenigen Stunden eine Herpeseruption an den unteren Gliedmafsen. Die Erkrankung des Magen-Darmkanals war eine besonders schwere; die Hämaturie dauerte mehrere Wochen. Gelenkaffektionen waren spärlich, Fieber fehlte; man kann dieselben daher nicht einem Rheumatismus in die Schuhe schieben, vielmehr ist der Verf. der Ansicht, dafs die rheumatischen Schmerzen und die Anschwellung der Gelenke als das Resultat einer Purpuraeruption auf der Synovialis anzusehen sind. Das plötzliche und reichliche Auftreten von Ekchymosen und Phlyktänen, welche in regelmäfsiger Weise um die Gelenke angeordnet waren, scheint diesen Gesichtspunkt zu unterstützen. Hautödem zeigte sich nur am Ende des ersten Monats der Krankheit; es bedeckte plötzlich die unteren Extremitäten. Obwohl der fragliche Fall sich in mehreren Beziehungen der Purpura rheumatica und der Purpura asthénique nähert, so grenzt er nach einigen Seiten doch auch an die ihrem Ursprunge nach nervösen Formen, und deswegen haben wir ihn hier erwähnt.

Diagnostik der venerischen Schanker. Die Zahl der Fälle, in denen die Diagnose des Schankers ernste Schwierigkeiten bietet, ist eine ziemlich beträchtliche. Anderseits sind die differentiellen Zeichen, welche dem einfachen und dem infizierenden Schanker beigelegt werden, inkonstant; keiner der Charaktere, welche dem einen oder dem andren als pathognomonisch beigelegt sind, sind dies auch wirklich. Nur durch ihre Koexistenz haben sie wirklichen Wert, wie Dr. Thiéry in seiner neuen Arbeit detailliert zeigt. Diese Zeichen können nach ihm eingeteilt werden in ungewisse (Frequenz, Sitz, Zahl); wahrscheinliche (Schnelligkeit der Entwickelung, schankröses Aussehen, Form, eiterige Absonderung, Charakter der Adenitis); gewisse (überstandene Syphilis, Induration, Impfung). Trotz dieses Ensembles kann man in vielen Fällen keine präzise und augenblickliche Diagnose stellen. Um die Inkonvenienzen der Impfung zu umgehen, vor der die meisten Patienten doch zurückschrecken, ist das Verfahren von Leloir und Balzer sehr zu empfehlen. Der letztere sagt, wenn man das Sekret eines Geschwürs mikroskopisch untersucht und nur Eiter findet, so handelt es sich um Herpes, findet man auch Epithelzellen, so handelt es sich um einen syphilitischen Schanker, findet man elastische Fasern, so ist es ein weicher Schanker. Jedoch hält Thiéry nach sorgfältigen Beobachtungen die Methode für keine vollkommene. Wenn man den Grund eines deutlich syphilitischen Schankers abkratzt, findet man viele elastische Fasern, während umgekehrt der weiche Schanker im Stadium der Reparition keine elastischen Fasern mehr finden läfst. Man kann also durch den Befund der Fasern nur

Herpes sicher ausschliefsen. Man sieht also, dafs in manchen Fällen die Diagnose nicht eher sicher sein kann, als bis Roseola auftrittt. Weiter wendet Thiéry seine Untersuchungsmethode bei induriertem, entzündetem Präputium an, aus welchem eine reichliche Absonderung stattfindet. Wenn der Eiter Gonokokken enthält, so handelt es sich um eine Gonorrhöe; enthält er weder Gonokokken, noch elastische Fasern, so handelt es sich um Balanoposthitis oder syphilitischen Schanker; enthält er keine Gonokokken, aber elastische Fasern, so handelt es sich um syphilitischen oder einfachen Schanker, meistens um den letzteren.

Obwohl die Methode also oft unzuverlässig ist, so genügt sie doch in vielen Fällen. Wenn auch keine Gewifsheit, so gewährt sie doch hinreichende Wahrscheinlichkeit. Besonders ist die Technik schnell und leicht. Das zu untersuchende Sekret wird zwischen 2 Deckgläsern zerrieben und über einer Spiritusflamme getrocknet. Dann taucht man es 2—3 Min. in eine Eosinlösung und von da ½ Min. lang in 40%ige Lösung von Kali causticum und spült mit destilliertem Wasser ab. Alsdann braucht man das Präparat nur zu trocknen und in Glycerin einzubetten. Wenn elastische Fasern darin sind, erscheinen sie deutlich in Form zusammengelegter Bündel. Eine Vergröfserung von 3—400 ist im allgemeinen zur Stellung der Diagnose genügend. Das ganze Verfahren nimmt 3—4 Minuten in Anspruch (Präparation und Untersuchung).

Paris. H. Fournier.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Italien.

Majocchi. **Klinische und mikroskopische Beobachtungen über einen seltenen Fall von menschlicher Hautaktinomykose.** (*Ateneo med. Parmense.* 1887. Nr. 1.) Der Verf. war der erste, welcher einen Fall von Hautaktinomykose bei einer jungen Frau veröffentlichte. (*Rivista clin. di Bologna.* 1882.) Dieses ist der zweite von ihm beobachtete Fall. — Ein 7jähriges Kind litt am Halse an zwei Geschwüren mit skrofulösem Aussehen. Zwischen den Wucherungen derselben fand Verf. nach genauen Untersuchungen mehrere schwefelgelbe Massen, von denen einige hart und kalkartig waren und leicht ohne Schmerz und Blutung abgestofsen werden konnten. Bei mikroskopischer Untersuchung fand er darin eine grofse Anzahl von klassischen, von jungem Wucherungsgewebe umgebenen Aktinomycesgebilden. Auf eine Behandlung mit grauer Salbe und dann mit Jodoform vernarbten in ca. 40 Tagen die Wunden. Keine Recidive.

Der andre von Majocchi 1882 beobachtete Fall zeigte sich in Anthrakoïdform mit purulenten nekrotischen Produkten, weil neben Aktinomyces pyogene Mikroorganismen sich vorfanden, die die septische Infektion und den Tod des Individuums erzeugten.

Der in dem zweiten Fall gefundene Kalkentartungsprozefs ist vielleicht jener, dem die Symptomenmilde zu verdanken ist, und die schwefelgelben Massen werden vielleicht zur Diagnose ein wichtiges Datum geben. Die Invasionspforte des Pilzes ist zwar noch unbekannt. Unterdessen ist nach Verf. eine neue Aktinomykosegattung hinzuzufügen, d. h. die Dermoaktinomykose.

T. Falcone. **Trophische Veränderungen und spontaner Ausfall der Nägel bei einer hysterischen Frau.** (*Riforma medica.* Agosto 1886.) Fälle von spontanem Ausfall der Nägel bei an Ataxie, allgemeiner Lähmung, Hautsklerosis und Pellagra leidenden Individuen sind längstens bekannt (Goffroy, Pitres etc.). Verf. teilt einen ähnlichen Fall, der bei einer hysterischen Frau vorkam, mit.

Eine 50jährige Frau, welche immer sehr gesund war, verlor 1870 einen sehr teuren Sohn und war dadurch so betrübt, dafs sie während 10 Jahren an den schwersten Hysterieerscheinungen litt. Von 1880 bis 1885 verschwanden, nach einer langen Reise, alle nervösen Erscheinungen, nur der Husten blieb. Im November 1885 besuchte Patientin das Grab ihres Sohnes, und der empfangene Eindruck war von neuem so stark, dafs die Kehlkopfhysterismussymptome (Heiserkeit) mit andern nervösen und psychischen Erscheinungen sich wiederholten. Wie das erte mal machte die Patientin eine neue Reise und im Februar 1886 war die Gesundheit zurückgekehrt. Aber die Nägel nahmen von dieser Zeit ein fein furchenartiges Aussehen an und verloren fast ihren Glanz. Nachher fühlte die Frau an den Fingern und besonders an den grofsen Zehen ein leichtes Kribbeln, und unter den Nägeln dieser letzteren und des rechten Daumens erschien Eiterung. Am 20. Febr. fielen die Nägel der grofsen Zehen und dann der des rechten Daumens ab. Die Nägel der andern Finger blieben an ihrer Stelle, man beobachtete aber eine Vergröfserung und Verhärtung derselben mit grofser Neigung zur Abschuppung und vermindertem Glanz. An Stelle der ausgefallenen Nägel der Zehen wuchsen wieder normale neue hervor; am rechten Daumen ein solcher ohne Beteiligung der Matrix, der nie normales Aussehen erlangte.

Viti. **Syphilitische Osteosklerose des Stirnbeins.** (*Boll. delle Scienze med. di Siena.* 1886. No. 6.) Bei einem 49jährigen, seit 6 Jahren syphilitischen, an Gastroenteritis mit Darmperforation verstorbenen Mann fand Verf. das Stirnbein übermäfsig verdickt (21 bis 27 mm), besonders nach links. An der Stelle der gröfsten Dicke befinden sich zwei muldenförmige Vertiefungen von der Gröfse einer Walnufs, die sehr anhängende Knochenstallaktiten enthielten. Andre kleinere Vertiefungen sind hier und da verteilt. Am frischen Knochen war die Neubildung sehr dick, porös und dunkelblau. Bei miskroskopischer Untersuchung findet man: unregelmäfsige Verteilung der Knochenlamellen; sehr erweiterte Haversische Kanäle mit unregelmäfsiger Richtung und Form; Markräume verbreitert. Die Kanäle und Räume sind mit embryonaler, sehr vaskularisierter Mark-

substanz angefüllt. Verf. ist der Meinung, dafs es sich um Osteosklerose handelt, und dafs die Vertiefungen von Ostitis gummosa bedingt sind. Die vorherige Syphilisansteckung, der langsame Verlauf, das Fehlen der subjektiven Symptome und der Sitz unterstützten den syphilitischen Ursprung der Veränderungen.

Turarza *(Gazz. degli Osped.* 1886) erzählt, dafs das von Prof. Mazzoni in ca. 200 verschiedenen Fällen angewendete **Jodol** sehr erfolgreiche Resultate gab, besonders gegen venerische Krankheiten (einfaches Geschwür, Adeniten und Periadeniten). Mit hypodermischen, in das Innere der Lymphdrüsen eingebrachten Jodolinjektionen (Jodol 1,0, Alkohol 16,0, Glycerin 34,0) heilten die Adeniten in sehr kurzer Zeit.

Siena. Tommasoli.

Verschiedenes.

Zur Färbetechnik, von H. Kühne. Das Ausziehen der Farbe zum Zwecke der Differenzierung von Mikroorganismen und Geweben wurde bis jetzt vorwiegend durch Alkohol, Säuren und andre Chemikalien bewirkt, wogegen die gegenseitige Einwirkung der Farbe unter sich nach dieser Richtung hin nur wenig benutzt wurde, weil die bisher damit angestellten Versuche nicht sehr befriedigend ausgefallen waren.

Das Bestreben, bei der Färbung von Tuberkelbacillen im Gewebe die Anwendung der Säuren als Ausziehungsmittel zu vermeiden, veranlafste Verf. eine Reihe von Anilinfarben aus der Badischen Anilinfabrik auf ihr diesbezügliches Verhalten zu untersuchen, und ist er dabei zu Resultaten gekommen, welche geeignet erscheinen, die Prinzipien dieses Verfahrens gröfserer Beachtung zu empfehlen.

Von allen untersuchten Farbstoffen zeigte sich das Fluorescin zum Ausziehen von Fuchsin, Hexamethylviolett, und in Verbindung mit Eosin auch von Methylenblau am brauchbarsten. Auch Auramin verhält sich ähnlich, nur läfst es das Gewebe gelb gefärbt, was bei Fluorescin nur ausnahmsweise stattfindet. Zum Ausziehen von Fuchsin ist auch Alkaliblau in alkoholischer Lösung zu verwenden, es wirkt zwar viel langsamer als Fluorescin, gibt aber eine sehr schöne Kontrastfarbe. Lichtgrün S. zieht das Fuchsin schneller aus und zeigt die Mikroorganismen rot auf grünem Grunde.

Vor der speziellen Beschreibung der Färbemethoden, in welchen das Fluorescin eine Rolle spielt, schickt Verf. noch einige Bemerkungeu über die angewendeten Beizen voraus. Sie sind je nach dem Farbstoffe verschieden auszuwählen: für Fuchsin eignet sich Anilinöl — oder Thymolwasser, für Methylenblau eine ½—1 prozentige wässerige Lösung von Ammon. carb., für Violett dieselbe Lösung allein oder mit der Hälfte Thymolwasser versetzt. Ferner empfiehlt es sich, alle Schnitte vor dem Eintragen in die

Farbe ca. 5—10 Minuten lang der Einwirkung einer konz. wässerigen Oxalsäurelösung auszusetzen, sie einige Minuten in viel Wasser auszuspülen und dann wieder in Alkohol zu entwässern, zu welchem Verfahren Verf. zuerst die Beobachtung brachte, dafs Typhusbacillen im Gewebe in so vorbereiteten Schnitten viel zahlreicher und besser gefärbt wurden als ohne diese vorgängige Beizung. Wendet man keine alkalische Farbstofflösung an, so müssen die Schnitte natürlich vorher sehr sorgfältig ausgewaschen werden.

Was nun die speziellen Färbemethoden selbst anbetrifft, so entfärbte Kühne im Beginne seiner Versuche die in wässeriger Farbstofflösung mit Fuchsin oder Violett gefärbten Schnitte in Fluorescin-Alkohol, spülte letzteren nach der Entfärbung in absolutem Alkohol aus und übertrug in Öl und Balsam. Die damit erzielten Resultate waren zwar recht befriedigend, indessen pafste die Methode nicht für Methylenblau, weil dieser Farbstoff durch Fluorescin-Alkohol zu leicht aus den Mikroorganismen ausgezogen wird. Auch glaubte er zu bemerken, dafs schon der absolute Alkohol allein nach derselben Richtung hin mehr oder weniger schädlich wirkt, und suchte deshalb durch Zusatz desselben Farbstoffs, mit welchem der Schnitt gefärbt war, seine Wirksamkeit auf die notwendige Entwässerung desselben zu beschränken. Die Konzentration dieser alkoholichen Farblösung wird so gewählt, dafs man noch den Schnitt auf dem Boden des Schälchens liegen sehen kann, weil sonst die Übertragung Schwierigkeiten macht. Nach 5—10 Minuten bringt man den Schnitt aus dem gefärbten Alkohol in Fluorescin-Nelkenöl, welches nun die Differenzierung je nach dem Materiale mehr oder weniger schnell besorgt. Hat man mit Methylenblau gefärbt, so bleiben die Schnitte nur so lange in diesem Öle, bis sie einen grünen durchsichtigen Ton angenommen haben, worauf sie zur definitiven Differenzierung in Eosin-Nelkenöl kommen. Auf diese Weise erzielt man eine intensive isolierte Methylenblaufärbung bei Rosafärbung des Gewebes, so dafs derartige Präparate der Gramschen Methode analoge Resultate liefern. Um die Präparate dauerhaft zu machen, überträgt man die Schnitte aus dem Nelkenöl auf einige Minuten in ein andres möglichst dünnflüssiges ätherisches Öl, wozu sich am besten Tereben, Terpenthinöl oder japanisches Kampferöl eignen, und dann schliefslich in Xylol zum Zwecke vollständiger Entölung, worauf dann in Xylol-Kanadabalsam eingeschlossen wird. Bei der direkten Übertragung aus Nelkenöl in Xylol kommt häufig Schrumpfung der Schnitte vor.

Anstatt des Nelkenöls könnte man des schwachen Geruchs wegen vorteilhaft das Eugenol verwenden, wenn es nicht über dreimal so teuer wäre als das Ol. caryoph. album, welches zwar etwas stärker als ersteres, aber keineswegs so widerwärtig als das aus Stengeln bereitete riecht. Man bereitet das Fluorescin-Nelkenöl durch feine Verreibung des Farbstoffs mit Nelkenöl in einer Reibschale, gieſst das Ganze in eine Flasche und läfst absetzen. In derselben Weise wird Eosin-Nelkenöl bereitet.

Die Anwendung des Jodwassers zur Fixierung von Violett ist bei diesem Verfahren zwar nicht absolut notwendig, indessen verdirbt es auch nichts, nur ist dabei die Anwendung einer Ammoniakbeize an Stelle des Anilinölwassers zu empfehlen, weil man dann die Schnitte länger in der Farbe lassen kann, ohne Farbstoffniederschläge befürchten zu müssen. Die Schnitte werden nach der Färbung nicht in Alkohol, sondern in Wasser gut abgespült, 1—3 Min. in Jodlösung übertragen, dann in alkoholischer Violettlösung entwässert und mit Fluorescin-Nelkenöl ausgezogen.

Zur intensiven Färbung von Tuberkelbacillen im Gewebe genügt es, die Schnitte zwei Stunden lang in einer bis zur Undurchsichtigkeit konzentrierten, kalten, alkalischen wässerigen Violettlösung zu färben und dann, wie eben angegeben, weiter zu behandeln. Will man rote Grundfärbung haben, so vollendet man die Differenzierung mit Eosin-Nelkenöl. Will man sie mit Fuchsin färben, so nimmt man als Beize auf ca. 30° R. erwärmtes Thymolwasser, läfst die Schnitte $^1/_2$—1 Stunde in der Farbe, entwässert mit Fuchsin-Alkohol und differenziert mit Fluorescin-Nelkenöl. Die andern vom Verf. nach dieser Methode gefärbten Mikroorganismen, wie Milzbrandbacillen, Kocusche Mäusebacillen, Schweinerotlaufbacillen, M. tetragenus, Septikämikokken etc., brauchten nur 5—10 Minuten in der Farbe zu bleiben, sie färbten sich sämtlich wenigstens in einem der drei angeführten Farbstoffe tadellos. Verf. war leider nicht im Besitze von gutem Materiale, um die Färbung der Rotzbacillen nach der obigen Methode zu versuchen, wozu die Arbeit von Löffler über die Ätiologie der Rotzkrankheit Anregung gab. Auch er wendete zum Ausziehen eine gelbe Farbe, das Tropäolin, an, aber mit Zusatz von Säuren, was Verf. prinzipiell vermieden hat, um die Bacillenfärbung nicht zu schädigen.

Soweit man in diesen Dingen überhaupt ein sicheres Urteil fällen kann, haben Verf. seine sehr zahlreich angestellten vergleichenden Versuche zu der Annahme geführt, dafs seine oben beschriebene Methode sehr gut differenziert und die Mikroorganismen in weit gröfserer Anzahl färbt, als wenn man nach den bisher gebräuchlichen Methoden verfährt. [Mitteilung aus der bakteriologischen Abteilung der amtlichen Lebensmittel-Untersuchungsanstalt von Dr. Schmitt in Wiesbaden.] (Nach *Repertorium der analyt. Chemie.* 1887. pag. 143.)

Haberlandt hat gefunden, dafs das Abbrechen der Brennhaare der Urticaceen und anderer Brennhaare besitzender Pflanzen-Arten dadurch erleichtert wird, dafs die Wandungen des Haares dicht unterhalb des Köpfchens sehr dünn sind. Aufserdem sind die Köpfchen meist schief gestellt, so dafs durch Abbrechen eine schiefe Spitze entsteht, welche sehr leicht in die Haut einzudringen vermag. Die Sprödigkeit der Membran der Brennhaare überhaupt wird bei den Urticaceen durch Verkieselung, bei den Loc-

taceen durch reichliche Einlagerung von Calciumkarbonat, bei Jatropha durch starke Verholzung bedingt.

Bisher wurde Ameisensäure als derjenige Stoff angesehen, der bei **Brennnesselstichen** in die Stichwunde gelangend die bekannte Reizerscheinung hervorruft. HABERLANDT, welcher frische Brennnesselhaare mit einer Nadel zerdrückte, den an der Nadel haftenden Inhalt des Brennhaares eintrocknen liefs und dadurch die Ameisensäure entfernte, fand, dafs die mit der solcher Gestalt präparierten Nadel gemachten Einstiche in die Haut dieselben Folgen zeigten, wie die Stiche frischer Brennnesselhaare. Er sucht deshalb das Gift der Brennnessel in einer nichtflüchtigen Substanz, und zwar vermutet er ein ungeformtes Ferment, da in siedendes Wasser getauchte Brennhaare ohne Wirkung sind. Das Ferment soll durch Alkohol fällbar und in Wasser wieder löslich sein. Zum Schlufs wird noch auf die bisher ebenfalls der Ameisensäure zugeschriebenen Wirkung der Stiche verschiedener Insekten hingewiesen. (Sitzungsber. d. Kais. Akad. d. Wissenschaft. z. Wien, durch *Pharm. Centralh.* 1887. 104.)

Internationaler medizinischer Kongrefs zu Washington 1887.

Bis jetzt können wir den Lesern, welche die Absicht hegen, den Kongrefs zu besuchen, folgende authentische Mitteilungen machen.

Der Kongrefs wird am Montag den 5. September in Washington, bekanntlich unter dem Präsidium von Professor N. S. DAVIS (Chicago), eröffnet. Die Abreise von einem der europäischen Häfen wird deshalb zweckmäfsig spätestens auf den 20. bis 22. August zu verschieben sein. Die folgenden Schiffslinien haben für die Mitglieder des Kongresses reduzierte Taxen bewilligt:

Amsterdam—New York	80 $
Hamburg—New York	90 $
Antwerpen—New York	100 $
Liverpool—New York	100 $

für die Hin- und Rückreise. Die Hamburger, Antwerpener und Liverpooler Linien haben für die Familienangehörigen der Mitglieder dieselben Ermäfsigungen bewilligt. Deutsche Ärzte mit Begleitpersonen reisen also am billigsten über Hamburg. Die amerikanischen Konsuln in den vier oben bezeichneten Häfen sind von der amerikanischen Regierung angewiesen, Listen der Teilnehmer anzufertigen und einzusenden, und es empfiehlt sich deshalb für alle, welche, ohne auch schon jetzt mit Gewifsheit ihre Abreise im August voraussagen zu können, doch die Absicht haben, wenn es die Umstände ihnen gestatten, die Reise anzutreten, so bald als möglich ihre Namen und die Zahl der Begleitpersonen den betreffenden Konsulaten, für deutsche Ärzte also vorzugsweise dem Konsulate der Vereinigten Staaten in Hamburg (Hohe Bleichen 9), aufzugeben. Wenn die Anzahl der Gemeldeten

bald eine bedeutendere wird, sollen durch Veranstaltung einer gemeinschaftlichen Reise der Mitglieder eventuell noch weitere Ermäfsigungen für die Fahrt ermöglicht werden. Deshalb ist eine möglichst baldige, vorläufige Mitteilung an die Konsulate zur Eruierung der Gesamtziffer notwendig. Die Lösung einer Mitgliedskarte vorher ist unnötig, da die europäischen Mitglieder keinen Kongrefsbeitrag zu entrichten haben, und die Eintragung des Namens bei dem Konsulat des betreffenden Hafens zur Sicherung der Preisermäfsigung auf dem Schiffe genügt.

Fachkollegen, welche aufser den in No. 2 der *Monatshefte* genannten den Kongrefs besuchen wollen, werden gebeten, ihren Entschlufs baldmöglichst zu unsrer Kenntnis zu bringen. An gröfseren Arbeiten, welche in unsrer Sektion vorgelegt werden sollen, können wir bereits folgende namhaft machen:

Dr. Colcott Fox, Über Hydroa und deren Beziehungen zur Impetigo herpetiformis, Dermatitis hepetiformis, Herpes gestationis, Pemphigus und Herpes.

Dr. N. R. Robinson, Pathologie und Behandlung der Alopecia areata.

Unna.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Schwimmer. *Zur Therapie der Variola.* Leipzig, Hirschfeld. 1880.

Monti. *Studien über das Verhalten der Schleimhäute bei den akuten Exanthemen.* I. u. II. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F. VI.)

Zeissler. *The Use of Ichthyol in the treatment of skin diseases.* (Chicago Medical Journal and Examiner. Dezember 1886.)

Joseph. *Beiträge zur Lehre von den trophischen Nerven.* Virchows Arch. Bd. CVII. 1887.)

Kreis. *Über das Verhalten der Gonokokken zu Thallinsalzen.* (Correspondenzblatt für schweiz. Ärzte. 1887.)

Goll. *Über Behandlung der Gonorrhöe mit besonderer Berücksichtigung der Thallinpräparate.* (Ebenda. 1887.)

Ehrlich. *Beiträge zur Theorie der Bacillenfärbung.* Berlin, Aug. Hirschwald. 1886.

Lapponi, Giuseppe. *Pneumonite acuta apirettica in soggetto uremico.* (Estratto dal Raccoglitore Medico. Serie V. Vol. IV. No. 1.)

Lewin. *Die Strukturformeln einiger neuerer Antifebrilia.* (Deutsche Medicinalzeitung. 1886. No. 102.)

Erb. *Über Myxoedema.* (Berl. klin. Wochenschrift. 1887. No. 3.)

Lewin. *Bericht über Pharmakologie und Toxikologie.* (Berl. klin. Wochenschrift. 1887. No. 5.)

Thorner. *The removal of foreign bodies from the larynx.* (Cincinnati Lancet Clinic. 1886.)

NEUMANN. *Atlas der Hautkrankheiten.* 5. Lieferung. Wien 1886.
— *Behandlung der Syphilis mittels Jodoforminjectionen.* Wien 1882. BERGMANN & Co.
— *Zur Histologie der Psoriasis vulgaris.* (Vierteljahresschr. für Dermatologie und Syphilis.)
— *Über Pemphigus vegetans.* (Ebenda. 1886.)
— *Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide, deren Verlauf und über das indurirte Dorsallymphgefäfs.* (Ebenda. 1885.)
— *Über die histologischen Veränderungen der Haut bei Morbillen und Scarlatina.* (Med. Jahrbücher der k. k. Gesellschaft der Ärzte. 1882.)
— *Priapismus und Cavernitis.* (Ebenda. 1882.)
— *Beitrag zur Kenntnifs des Lichen ruber exsudativus.* (Akademie der Wissenschaften. Juni 1868.)
— *Über postconceptionelle Syphilis.* (Wr. med. Presse. 1885.)
— *Welches sind die anatomischen Veränderungen der Haut nach Ablauf der klinischen Erscheinungen.* (Wr. med. Wochenschrift. 1885.)
— *Über Reinfectio syphilitica.* (Wr. med. Presse. 1884.)
— *Über syphilitische Erkrankungen der Muskeln.* (Wr. med. Blätter. 1884.)
BIZZOZERO. *Sulla struttura del Mollusco contagioso.* (Ebenda. Vol. V. Fasc. IX.)
LANG. *Syphilis und Krebs.* (Wr. med. Blätter. 1886.)
WELANDER. *Några Fall af tertiär-syphilitiska affektioner å de yttre mauliga genitalia.* (Hygiea. 1883.)
— *Har vår Kännedom om gonokockerna ännu medfört någon nytta vid behandlingen af gonorrhén.* (Hygiea. 1885.)
— *Några undersökningar om gonorréns patogena mikrober.* (Nord. med. Arkiv. 1884. XVI. No. 2.)
— *Undersökningar om Kvicksilfrets upptagaude i och afskiljande ur mäniskokroppen.* (Nord. med. Arkiv. Bd. XVIII.)
BERGH. *Beretning fra almindeligt Hospitals.* 2. afdeling for 1885. Kopenhagen 1886.
BOECK. *Über Wachholderräucherungen in der Hauttherapie.* (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1875.)
BENDER. *Über die Ätiologie der Alopecia areata.* (Deutsche mediz. Wochenschrift. 1886. No. 46.)
HARRIES u. CAMPBELL. *Lupus.* London 1886.
SCHUCHARDT. *Beiträge zur Entstehung der Carcinome etc.* Leipzig 1885.
GRÜNFELD. *Die Behandlung der Spermatorrhöe.* (Centralblatt für die gesammte Therapie. 1886.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 8. 15. April 1887.

Durch zufällige Inokulation entstandener Masernfall mit hervorragender Beteiligung des infizierten rechten Arms.

Von

Dr. J. Michael

in Hamburg.

Mit einer chromolithographischen Tafel.

Therese Dierix, $7^1/_2$ Jahre alt, kam am 31. Aug. 1883 in meine Behandlung. Das Kind war bisher stets gesund gewesen und hat bis vor einigen Tagen die Schule besucht. Das in der Schule neben ihr sitzende Kind ist seit elf Tagen wegen Erkrankung an Masern aus der Schule fortgeblieben. Am selben Tage, als jenes Kind zum letztenmal in der Schule anwesend war, hatte meine kleine Patientin eine Pustel an der Rückseite der ersten Phalanx des rechten Mittelfingers. Diese Pustel wurde von der Lehrerin mit einer Stecknadel, die ihr das erwähnte Nachbarkind gegeben hatte, geöffnet. Acht Tage vergingen, ohne dafs diese Operation auf das Befinden des Kindes einen Einfluss hatte. Ebensowenig veränderte sich die Pustel. Am neunten Tage erkrankte das Kind mit Husten und Heiserkeit, am nächsten Tage kamen Halsschmerzen und Fieber hinzu. Jetzt stellte sich auch eine Rötung der Rückenfläche der rechten Hand ein. Diese Rötung verbreitete sich am folgenden Tage über das Gesicht und den ganzen Körper. Am elften Tage nach der kleinen Verletzung sah ich das Kind zum erstenmal und konnte folgenden Status aufnehmen: Das Kind ist fieberhaft (Temp. 40,5, Puls 140), klagt

über Brennen in den Augen und über Halsschmerzen und Husten. Das Sensorium ist frei. Das Gesicht ist etwas gedunsen, die Konjunktiven stark gerötet, die Augen thränend. Pharynx und Tonsillen geschwollen und gerötet, Zunge etwas belegt. Auf den Lungen grofsblasige Rasselgeräusche. Über den ganzen Körper besteht ein rotfleckiges Exanthem. Die Flecke sind 1—5 mm im Durchmesser und in der Mitte teilweise leicht papulös. Während der ganze Körper mit blafsrosenroten, fast nicht konfluierenden Flecken ziemlich gleichmäfsig bedeckt ist, verhält sich der Befund an der Extensorfläche des rechten Arms wesentlich anders. An der ersten Phalanx des Mittelfingers befindet sich auf der Rückseite eine stecknadelkopfgrofse, mit gelblich, serös eiteriger Flüssigkeit gefüllte Pustel, in deren Mitte man ein schwarzes Pünktchen sieht. Um die Pustel herum ist die Dorsalfläche des Fingers tief rosenrot gefärbt. Von hier zieht sich über die Extensorfläche der Hand und des Arms bis zur Schulterhöhe ein ca. zwei Finger breiter dunkelroter Streifen, der sich auf der Höhe des Oberarmkopfs allmählich in die umgebende Haut verliert. Bei genauer Besichtigung besteht der Streifen aus einzelnen Flecken, die sich von denen des übrigen Körpers nur dadurch unterscheiden, dafs das Rot derselben nur eine Nuance tiefer ist mit einem Stich ins bläuliche, und dafs die einzelnen Flecke viel dichter neben einander stehen und zum Teil konfluieren, ohne deshalb den Charakter einzelner Flecke ganz zu verlieren. Die Röte nahm nach oben zu an Intensität etwas ab. Für das Gefühl war der Streifen in keiner Weise von der übrigen Haut zu unterscheiden, speziell war nichts Strangartiges durchzufühlen. Auf Druck war der Streifen nicht schmerzhaft, ebensowenig waren die Kubital- und die Axillardrüsen der betreffenden Seite geschwollen.

Der weitere Verlauf des Falles bot keine Besonderheiten; nach einigen Fiebertagen blafste das Exanthem ab, zuletzt am rechten Arm, und nach ca. acht Tagen war das Kind gesund. Therapeutisch war, ut aliquit fiat, Potio Riveri gegeben worden.

Dafs der beobachtete Fall ein Masernfall war, wird niemandem zweifelhaft sein, umsoweniger, als eine jüngere Schwester der Patientin in der nächstfolgenden Woche ebenfalls an Masern erkrankte. Wohl aber bedarf die Frage einer Erörterung, ob die vom übrigen

Körper verschiedene Hautaffektion eine Lymphangitis infolge der kleinen Pustel sei, oder ob man es hier mit einem durch direkte Maserninfektion lokal verstärkten Ausbruch des Exanthems zu thun habe. Ich entschied mich für die letztere Anschauung und zwar aus folgenden Gründen: 1. weil die Affektion einen breiten Streifen und nicht einen Strang (oder mehrere) darstellte; 2. weil die Röte erstens mit dem Farbenton der übrigen Haut durchaus übereinstimmte, nur in der Intensität verschieden war, weil sie nicht als streifenartige Röte, sondern als ein Konglomerat konfluierender deutlicher Flecke auftrat; 3. weil im Bereich des roten Streifens weder eine Härte objektiv nachweisbar, noch vermehrte Schmerzhaftigkeit subjektiv vorhanden war; 4. weil jede Anschwellung der benachbarten Drüsen fehlte; 5. weil das Exanthem am zehnten Tage, also genau nach der allgemein beobachteten Inkubationszeit der Masern auftrat.

Die Herren Drs. Paul Unna, Gotthold und von der Porten waren so freundlich gewesen, auf meinen Wunsch den Fall mit mir mehrere Tage gemeinschaftlich zu beobachten und stimmten mit der ausgesprochenen Ansicht durchaus überein.

Die Richtigkeit dieser Anschauung vorausgesetzt, kann wohl kein Zweifel darüber sein, dafs die Infektion von der kleinen Pustel aus (die natürlich selbst ursprünglich nicht durch Masern, sondern durch einen gewöhnlichen Eiterkokkus erzeugt war) ausgegangen ist, entweder dadurch, dafs an der Stecknadel das Maserngift gehaftet hat und in die Wunde gebracht wurde, oder dadurch, dafs in die verletzte Oberhaut auf andre Weise Maserngift hineingebracht wurde. Die Möglichkeit einer Infektion durch die verwundete Epidermis wird durch zahlreiche gelungene Inokulationsversuche bestätigt, die von verschiedenen Autoren von der Mitte des vorigen Jahrhunderts bis zur Mitte des unsrigen erfolgreich angestellt worden sind. Der erste derartige Versuch wurde mit Erfolg von Home[1] auf Anregung Morvios 1758 angestellt, welcher mit Blut Masernkranker getränkte Läppchen auf die Hautschnitte Gesunder legte. Da die auf diese Weise produzierten Morbillen wesentlich milder verliefen, als die derzeitige recht bösartige

[1] *Medical facts and experiments.* London 1758.

Epidemie, so wurden die Versuche an vielen andern wiederholt. So hat SPERANZA[2] sich selbst und andern i. J. 1822 die Masern inokuliert und KATONA[3] i. J. 1842 an 1122 Personen Masernino-kulationen mit nur 7 Mifserfolgen vorgenommen. Es wurden von den verschiedenen Autoren teils Blut, teils der Inhalt von Frieselbläschen, teils Thränen oder Speichel morbillenkranker Kinder verwandt.

Durch JÖRG[4], THEMMEN[5] und THOMASSEN A THUESSING[6] wurde indessen behauptet, dafs die inokulierten Masern durchaus keine Garantie für einen milden Verlauf geben, und es wurde diese prophylaktische Methode deswegen seit Jahrzehnten wieder aufgegeben.

Der Verlauf bei den geimpften Fällen KATONAS war folgender: Die Impfung geschah meistens mit einer Mischung von Blut und Frieselbläscheninhalt, manchmal mit Thränen und wurde nach Art die Vaccination bewirkt. Um die Einstichstelle bildete sich ein roter Hof, welcher allmählich verschwand und dieselbe bald unkenntlich machte; unterdessen stellte sich am siebenten Tage Fieber ein und sofort die Prodrome der Masern, welche gewöhnlich 2 bis 3 Tage später, also am 9. oder 10. Tage nach der Impfung ausbrachen und nach Art der gewöhnlichen verliefen. Am 14. Tage nach der Impfung verschwand meistens das Fieber und am 17. Tage waren die Geimpften als genesen zu betrachten. Bei dem sehr günstigen Verlauf (unter 1122 nur 7 Mifserfolge, kein Todesfall) dieser Impfungen hält THOMAS[7] diese Frage nach der Berechtigung der Impfung für noch nicht abgeschlossen.

Die Masern treten nach allen Autoren fast regelmäfsig zuerst im Gesicht auf (soweit aus der mir zugegangenen Litteratur ersichtlich, auch die inokulierten) und sind auch hier am stärksten

---

[2] *Storia del morbillo epidemico della provincia de Mantova nell' anno 1822.*

[3] *Öster. med. Wochenschr.* 1842. No. 29.

[4] *Handb. d. Kinderkrankheiten.* pag. 920.

[5] THEMMEN, *Hist. epidemiae morbillosae Gröningae 1816 observatae.* Grön. 1817.

[6] *Abhandlung über die Masern und das schwefelsaure Chinin.* Osnabrück 1831. pag. 228—240.

[7] Zweiter Band. 2. Teil. (1. Auflage). pag. 36, woselbst noch weitere Litteratur über Masernimpfung.

ausgebildet. Eine Ausnahme bildet die 1674 von SYDENHAM[8] beobachtete Epidemie, in welcher das Exanthem an den Schultern zu beginnen pflegte. Über die Ausbreitung des Exanthems sagt VON MAYR[9]: Die Masern zeigen eine an der Ursprungsstelle gegen die entfernten Teile im geraden Verhältnis der Distanz stehende Verbreitung. Auch dieser Autor hat zwei gelungene Impfungsversuche mit Nasenschleim gemacht, den er auf die Schleimhaut von Gesunden brachte. Der Ausschlag erscheint zuerst auf Schläfen und Nackengegend, verbreitet sich über das aufgedunsene Gesicht, über Stirn, Hals, Brust und Rücken.[10]

Ein dem mitgeteilten ähnlicher Fall ist, soweit mir die Litteratur zugänglich war, weder in bezug auf die Ätiologie (unbeabsichtigte Inokulation) als auch besonders bezüglich der eigentümlichen Verteilung und des Ausbruchs des Exanthems an der inokulierten Stelle und verstärkter Lokalisation des Exanthems an der Impfstelle bisher nicht beobachtet.

Über hypodermatische Anwendung von Hydrargyrum carbolicum oxydatum bei Syphilis.

Von

Dr. KARL SCHADEK

in Kiew.

Als Ergänzung zu meiner vorherigen Mitteilung über die Anwendung von Hydrargyrum carbolicum oxydatum bei Syphilis (siehe diese *Monatshefte*. 1887. Nr. 5. pag. 195—200) will ich in diesen Zeilen die nachfolgenden Beobachtungsresultate über das neue Quecksilberpräparat zur Kenntnis bringen.

Die von mir erreichten befriedigenden Erfolge beim innerlichen Gebrauche des Hydrargyrum carbolicum oxydatum regten mich an, das neue Mittel auch hypodermatisch bei der Syphilis anzu-

[8] TH. SYDENHAM, *Opera universa med. sectio quinta.* Caput 3.
[9] Artikel Masern in VIRCHOWS *Pathologie.* pag. 84.
[10] VON MAYR, l. c. pag. 81.

wenden, obgleich die von GAMBERINI[1] beschriebenen zwei Fälle mit ungünstigen Resultaten wenig auf guten Erfolg hoffen liefsen. Da aber das Präparat sich rasch bei innerlichem Gebrauch resorbiert und keine Lokalreizung hervorruft, so konnte man mit Recht voraussetzen, dafs auch die subkutane Anwendung des karbolsauren Quecksilberoxyds bei Syphilis günstigen Erfolg haben werde.

Unsre Erwartung rechtfertigte sich völlig; Hydrargyrum carbolicum erwies sich als ein sehr brauchbares und wirksames Mittel nicht nur bei innerlichem Gebrauche, sondern auch bei hypodermatischer Anwendung. Die Injektionen des Hydrargyrum carbolicum oxydatum bei Syphilis begann ich seit September des vorigen Jahres anzuwenden, indem ich das Präparat nicht subkutan, sondern tief in die Glutaei unter die Aponeurose einführte.

Da diese Injektionsmethode noch nicht allgemein bekannt ist, werde ich mir erlauben, etwas vom Thema abzuweichen, um einige Bemerkungen über die Behandlungsmethode mittels tiefer intramuskulärer Quecksilberinjektionen zu machen. In meinen früheren Mitteilungen über tiefe intramuskuläre Hydrargyrum-Einspritzungen bei Syphilis[2] wies ich schon auf die Vorteile dieser Methode hin. Deshalb will ich hier nur diese Eigenschaften wiederholen und in Kürze die neueste Litteratur dieser Frage besprechen. Es treten weder lokale entzündliche Reaktion, noch Abscesse und Indurationen an den Einstichstellen auf, sogar bei Anwendung unlöslicher Quecksilberpräparate; die Injektionsprozedur ist wenig schmerzend, sogar manchmal ganz schmerzlos; das intramuskulär eingeführte Mittel gelangt bald zur Resorption; die Injektionen sind leicht ausführbar und erfordern keine besondere Technik oder Gewandtheit.

Ungeachtet der oben erwähnten Vorzüge dieser Methode begann man nur in der letzten Zeit, dieselbe bei Syphilis anzuwenden, obgleich schon längst über Unschädlichkeit der tiefen In-

[1] *Rivista italiana di Terapia e Igiene.* Piacenza. 1886. Marzo. pag. 87. Ref. *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1886. pag. 282.

[2] *Wiener medizinische Presse.* 1886. Nr. 28, 29. Diese Monatshefte. 1886. pag. 478. *Allgemeine Wiener medizinische Zeitung.* 1886. No. 32. 34.

jektionen gesprochen wurde (BRANDT[3]). Soweit es mir bekannt ist, begann nur AUSPITZ in Wien diese Behandlungsweise in seiner Klinik anzuwenden, indem er Sublimatlösung in die Glutaei injizierte. Bis 1884 jedoch findet man gar keine Notizen in der Litteratur über die Behandlung der Syphilis mittels tiefer intramuskulärer Quecksilberinjektionen. Nur in den letzten Jahren erscheinen Erwähnungen über diese Behandlungsmethode: 1884 referierte ROSENTHAL[4] MAX. ZEISSELS Mitteilung über subkutane Injektionen des Hg-formamid bei Syphilis und fügte hinzu, dafs er selbst nicht subkutane, sondern tiefe intramuskuläre Injektionen anwende, wobei er die Hg-formamidlösung direkt in die Glutaei einspritze. Im nächstfolgenden Jahre teilte SOFFIANTINI[5] die Erfolge mit, welche er bei tiefen Injektionen der Kalomelemulsion in die Glutaei erreicht hatte; Verf. gebrauchte zu gleicher Zeit beide Methoden, die tiefe intramuskuläre und die subkutane, wobei er sich überzeugte, dafs tiefe Kalomelinjektionen bei Syphilis in dieser Hinsicht empfehlenswerter seien, da bei denselben keine Abscesse entstehen, während bei hypodermatischen Injektionen sehr oft Suppuration auftritt. Durch die von SOFFIANTINI erreichten günstigen Resultate angeregt, begann ich seit 1885 tiefe intramuskuläre Injektionen verschiedener Hg-präparate in die Glutaei in denjenigen Fällen von Syphilis anzuwenden, wo die subkutane Kurmethode angewandt werden mufste. Die von mir auf diese Weise erhaltenen Resultate sowohl in der Spitalpraxis als auch im Ambulatorium waren von einem solchen Erfolge gekrönt, dafs ich bald völlig die subkutanen Injektionen aufgab und nur ausschliefslich die tiefen intramuskulären gebrauchte; hierbei beobachtete ich niemals Abscesse, während Knoten und Indurationen an den Einstichstellen höchst selten auftraten. Für tiefe Injektionen gebrauchte ich bisher verschiedene Hg-präparate (Sublimat mit Kochsalz, Hg-formamidlösung, Kalomel und gelbes Oxyd). Da ich schon bis jetzt über 1000 Injektionen vollbracht,

[3] *Medizinischer Anhang zum Marine-Journal.* St. Petersburg. 1875. pag. 432.

[4] *Deutsche Medizinal-Zeitung.* 1884. pag. 270.

[5] SOFFIANTINI. Ancora sul processo di SMIRNOFF nella cura della sifilide costituzionale. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1885. 3. pag. 142.

überzeugte ich mich hinlänglich, dafs tiefe intramuskuläre Injektionen der löslichen sowohl als auch der unlöslichen Hg-präparate fast schmerzlos sind, keine lokale Entzündungsreaktion hervorrufen und sich sehr gut bei der Syphilistherapie eignen, weil das auf solche Weise in den Organismus eingeführte Quecksilber sich gut resorbiert und die Krankheitserscheinungen beseitigt; besonders ist diese Behandlungsweise in der Spital- und armen ambulatorischen Praxis empfehlenswert.

Die in dieser Richtung an Kranken angestellten Versuche andrer Beobachter bestätigen genügend die eben ausgesprochene Meinung über tiefe intramuskuläre Injektionen der Hg-präparate bei Syphilis: Bloxam[6] in London gebrauchte intramuskuläre Sublimatinjektionen in seiner Spitalpraxis und überzeugte sich auf Grund von 1500 Fällen, die mit gutem Erfolge gekrönt waren, dafs diese Kurmethode durchaus empfehlenswert und zweckmäfsig sei. Irgend welche Nachteile beobachtete Bloxam niemals bei Sublimatinjektionen, der Schmerz war immer unbedeutend und linderte sich bald. Hierbei empfiehlt er, sehr streng die Antiseptik durchzuführen (Reinhaltung, Desinfektion der Nadel und der Spritze; die Lösung mufs immer frisch bereitet sein etc.). Die Injektionen machte Bloxam in die Glutaei, wobei die Nadel tief unter die Aponeurosis eingeführt wurde; manchmal injizierte er auch in die Region des M. cucullaris.

Arcari[7] behandelte 71 Syphilisfälle mit tiefen Injektionen der Kalomelemulsion; er machte im ganzen 241 Einspritzungen Eiterung an den Einstichstellen beobachtete er nur 10 mal (Abscesse 7 mal, unbedeutende Eiterung längs dem Injektionskanal in 6 Fällen). Obgleich Arcari nicht ganz zufrieden war mit den therapeutischen Resultaten dieser Methode, findet er jedoch, dafs tiefe Injektionen keine Nachteile nach sich ziehen, und dafs das auf solche Weise eingeführte Hg sich bald resorbiere und in den Blutstrom übergehe; hierzu trägt auch nicht wenig die reflektorische Kontraktion derjenigen Muskeln bei, in deren Paren-

[6] Bloxam. Clinical remarks on the treatement of Syphilis by subcutaneous injektions of mercury. *Therapeutic Gazette.* 1886. 11. pag. 763—764.

[7] Arcari, La medicazione di Smirnoff nella cura di sifilide. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1886. 5. pag. 266—282.

chym man die Einspritzung macht. Sublimatlösung ist nach ARCARIS Meinung weit zweckmäfsiger als Kalomelemulsion für tiefe Injektionen, da Sublimat bedeutend geringere lokale Reizung hervorrufe. Es ist noch zu erwähnen, dafs ARCARI seine intramuskulären Injektionen nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen und 1—3jährigen Kindern machte.

Aus dem oben Angeführten ersehen wir, dafs die Behandlung der Syphilis mit tiefen intramuskulären Injektionen der Hg-präparate in der letzten Zeit sich bedeutend verbreitet hat und wegen ihrer Vorzüge immer mehr Anhänger findet.

Ich gebrauchte diese Methode auch in 10 Syphilisfällen, wo ich in die Glutaei ein neues Hg-präparat, karbolsaures Quecksilberoxyd, injizierte. Im ganzen machte ich 112 Injektionen und gebrauchte dazu 2%ige Emulsio Hydrargyri carbolici oxydati mit Wasser und Gummi arabicum:

℞	*Hydrargyri carbolici oxydati*	2,0
	Mucilag. gum. arabici	4,0
	Aquae destillatae	100,0

M. D. S.

Die 2%ige Emulsio Hydrargyri carbolici oxydati ist eine weifsliche, opaleszierende, geruchlose Flüssigkeit, die man erst schütteln mufs, bevor man die Spritze füllt. Pro dosi injizierte ich eine volle LEWINsche Spritze tief in die Glutaei, d. h. 0,02 des karbolsauren Quecksilberoxyds oder je ½ Spritze in jeden Glutaeus. Die Injektionen machte ich meistens jeden zweiten, seltener jeden dritten Tag; hierbei wurde die etwas verlängerte Nadel der Spritze fast perpendikulär etwas von oben nach unten eingeschoben, so tief, dafs die Nadel das Muskelparenchym des Glutaeus erreichte; hierauf wurde die Spritze bei mäfsigem Drucke entleert; nachher, als schon der ganze Inhalt der Spritze in den Glutaeus gelangt, wurde die Nadel mit Spiralwindungen rasch entfernt und die Stichöffnung mit dem Finger zugedrückt; meistens war die Blutung unbedeutend und reduzierte sich auf ein paar Tropfen dunkelgefärbten Blutes, und dann genügte es, die Stichöffnung mit Empl. adhaesivum zu bedecken, um einer unbedeutenden Blutung vorzubeugen. Die ganze Prozedur dauert gewöhnlich 6—10 Sekunden und bewirkt fast nie bedeutenden Schmerz, nur selten klagen die

Kranken über ein dumpfes Schmerzgefühl während der Entleerung der Spritze, aber, wie oben gesagt, der Schmerz ist unbedeutend und lindert sich bald, nur bleibt gewöhnlich ein Druckgefühl resp. Ermüdung in den betr. Muskeln; dies Gefühl dauert einige Stunden und währt nur selten noch bis zum folgenden Tage. In 5 Fällen beobachtete ich einen Schmerz, der 24 Stunden dauerte und sich über den ganzen Oberschenkel bis zum Knie verbreitete; wahrscheinlich wurde der Schmerz in diesen Fällen durch Verletzung irgend eines gröfsern Nervenastes mit der Nadel verursacht. In manchen Fällen wiederum klagten die Kranken gar nicht über irgend welchen Schmerz nach der Injektion. Meinen Beobachtungen gemäfs ist die Schmerzhaftigkeit bei intramuskulären Injektionen dieses Mittels bedeutend geringer und lindert sich rascher, als bei Anwendung andrer unlöslicher Quecksilberpräparate, besonders der Kalomelinjektionen. Es wurden auch nie Abscesse an den Injektionsstellen beobachtet. Was die Indurationen und Knoten anbelangt, die sehr oft bei subkutanen Injektionen verschiedener Hg-präparate auftreten, wurden sie bei den Einspritzungen des Hydrargyri carbolici oxydati höchst selten beobachtet und verschwanden bald. Als Beweis dafür, dafs das in die Glutaei eingeführte Hydrargyrum carbolicum oxydatum in den Blutkreislauf gelangt und sich daselbst resorbiert, mögen hier folgende Umstände dienen:

1. Es bilden sich keine Knoten, Entzündungen und Abscesse an den Einstichstellen.

2. In einigen Fällen entsteht Stomatitis (Schwellung des Zahnfleisches, Salivation etc.), welches für das Auftreten des Quecksilbers im Organismus zeugt. Stomatitis war beinahe in allen Fällen schwach ausgeprägt und verschwand bald bei entsprechender Therapie.

3. Die Resorption des Quecksilbers im Organismus wird bestätigt durch seine Ausscheidung durch den Harn; schon nach der ersten Injektion konnte man im Harn Quecksilberspuren entdecken.

In den Tabellen S. 350—353 sind kurze Auszüge aus den Krankheitsgeschichten derjenigen Syphilisfälle zusammengestellt, die ich mit tiefen intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum carbolicum oxydatum behandelt habe.

Aus den angeführten Krankheitsgeschichten ersehen wir, dafs Injektionen des Hydrargyrum carbolicum oxydatum entschieden günstigen Einfluſs auf sämtliche Syphiliserscheinungen ausüben; am schnellsten beseitigt dieses Mittel leichte, recidivierende, kondylomatöse Syphilissymptome, obgleich auch andre luetische Erscheinungen keiner langdauernden Behandlung bedurften. In einigen Fällen genügten 8—10 Injektionen, um eine entschiedene Rückbildung des Krankheitsprozesses hervorzurufen, und in einem Falle (No. 8) vernarbten gummöse Geschwüre sogar schon nach 12 Injektionen; im andren Falle (No. 4) erhielt man augenscheinliche Besserung veralteter syphilitischer Erscheinungen. In recenten Fällen genügten 16—18 Injektionen, um alle Haut- und Schleimhautsymptome zum Schwinden zu bringen.

Zu den oben erwähnten Syphilisfällen, die ich mit tiefen intramuskulären Injektionen behandelte, ist noch ein Fall hinzuzufügen, in welchem die hochgradigsten Erscheinungen der Stomacace mercurialis auftraten; der Kranke, ein Lehrer, 47 Jahre alt, infizierte sich 1885 und wurde in Odessa (Südrufsland) behandelt, wo man ihm subkutane Injektionen eines löslichen Hg-präparats machte; seine Kur mufste er jedoch bald unterbrechen, da heftige Stomatitis auftrat (Schwellung und Ulceration der Lippen-, Zungen- und Mundschleimhäute, aufserdem noch Salivation, schmerzhaftes Ödem des Gesichts und Schwellung der Submaxillardrüsen). Diese grausame Mundaffektion entwickelte sich plötzlich und dauerte recht lange, verschwand erst nach Verlauf eines Monats, obgleich die Merkurialkur sogleich unterbrochen und die gehörigen therapeutischen Mittel verordnet wurden.

Gegen Ende des vorigen Sommers erschien bei mir der Kranke mit einem papulösen Ausschlag am Rumpf und den Extremitäten. Ich wollte nicht eine energische Kur verordnen, da der Kranke so schlecht die erste Quecksilberbehandlung ertrug, und verschrieb ihm innerlich Hydrargyrum carbolicum oxydatum. Dieses Mittel gebrauchte der Kranke im Laufe eines ganzen Sommers, ohne dafs irgend welche Anzeichen der Mundaffektion hervorgerufen wurden. Da aber die Syphilissymptome nur langsam schwanden und der Kranke eine energische Kur forderte, entschlofs ich mich, ihm karbolsaures Quecksilberoxyd zu injizieren. Die zwei ersten In-

№ curr.	Name, Alter, Stand.	Anamnese.	Objektiver Befund im Beginn der Kur.	Zahl der Injektionen und Behandlungsresultat.
1.	M. B. studiosus medicinae 25 J.	Infektion 1881. Erstes Exanthem war ein pustulöses; hierauf folgten häufige Recidive.	14. September 1886. Epididymitis dextra syphilitica in stadio initiale. Allgemeine Drüsenschwellung.	Nach 9 Injektionen verschwanden beinahe die Syphiliserscheinungen, es persistierte nur unbedeutende Induration des caput prostatae; die Behandlung ist wegen Urethritis acuta aufgeschoben.
2.	N. N. Beamter. 28 J.	Im August 1886 Sclerosis praeputiae und indolente Inguinaldrüsenschwellung.	20. September 1886. Allgemeine Drüsenschwellung, ein makulös-papulöses Exanthem über Rumpf, Gesicht und Extremitäten verbreitet.	Nach 8 Injektionen tritt mäfsige Salivation auf; das Exanthem erblafste und begann sich zu resorbieren. Eine Unterbrechung der Kur auf 5 Tage; nach 18 Injektionen verschwanden alle syphilitischen Erscheinungen.

3.	N. M. Beamter. 42 J.	Vor 20 Jahren primäraffektion und sekundäre Symptome.	21. September 1886. Seit einigen Monaten Ozaena ulcerosa; Caries necrotica vomeris et concharum; Perforatio palati duri; Anaemia.	Nach 6 Injektionen sonderte sich ein Sequester des harten Gaumens ab. Die Geschwüre begannen zu vernarben. Die Behandlung wurde unterbrochen wegen Stomatitis mercurialis. Der Kranke erschien nicht mehr.
4.	M. Ch. Jurist. 33 J.	Infektion 1877. Einige Recidive der sekundären Syphilis im J. 1877 und 1878. 1883 Paraplegie der unteren Extremitäten, welche nach Inunktionskur verschwand. 1885 heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche. Im Mai 1885 apoplektiformer Anfall, hierauf Hemiplegia dextra mit Verlust der Sprache und des Gedächtnisses. Besserung nach Injektions- und Inunktionskur.	24. September 1886. Hemiplegische Erscheinungen. Kontraktur der rechten oberen Extremität, Amnesia et Aphasia. Heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Anaemia.	Zuerst wurden 23 Injektionen der Hg-formamidlösung gemacht; darauf 9 Injektionen Hydrargyri carbol. oxyd. — Im ganzen 32 Injektionen. Man bemerkt bedeutende Besserung aller Krankheitserscheinungen; die Sprache und das Gedächtnis besserten sich, und der Kranke hörte über Kopfschmerzen zu klagen auf, schlief ruhig. Nachkur: Jodol innerlich.

№ curr.	Name, Alter, Stand.	Anamnese.	Objektiver Befund.	Zahl der Injektionen und Behandlungsresultat.
5.	K. S. Offizier 22 J.	Im Juni 1886 Ulcus induratum praeputii, nachher Polyadenitis, Roseola und Angina papulosa. Im Juli und August Behandlung mit Hydrargyrum carbol. oxyd. innerlich.	24. September 1886. Recidiv: Papulae mucosae oris et faucium, Roseola recidiva trunci. Allgemeine indolente Drüsenschwellung.	Nach 18 Injektionen verschwanden alle Erscheinungen. (Jede Injektion = ½ Spritze d. 2 % Suspension des Hydrarg. carbol. oxyd.)
6.	B. F. Kaufmann 50 J.	Infektion 1879, hierauf einige Recidive der sekundären Syphilis.	28. September 1886. Ulcera gummosa des Rachens und des harten Gaumens. Ekthymata syphilitica trunci in verschiedenen Entwickelungsstadien. Anaemia.	Nach 6 Injektionen vernarben die Geschwüre; die Ekthymata gelangen zur Rückbildung. (Vorher gebrauchte der Kranke lange Zeit Jodkalilösung innerlich.)
7.	L. K. studiosus medicinae 20 J.	Anfang 1886 Ulcus durum praeputii, hierauf makulös. Exanth. und Plaques muqueuses des Rachens.	13. Oktober 1886. Recidiv in Form von zerstreuten Roseolaflecken am Rumpfe; Papulae mucosae faucium.	Nach 8 Injektionen verschwanden alle syphilitischen Erscheinungen.

8.	K. W. Agent 32 J.	1885 Primäraffektion, darauf makulös-papulöses Exanthem. 1886 zwei Recidive.	18. Oktober 1886. Ausgedehnte gummöse Exulceration der linken Hälfte des Rachens ex Tubercula syphilitica.	Nach 12 Injektionen und 3 Kauterisationen des Geschwürs mit Lapis infernalis vernarbte die Ulceration. Nachkur: Jodol innerlich.
9.	S. T. studiosus. 19 J.	Im Sommer 1886 Sclerosis praeputii, nachher makulös-papulöses Exanthem und Angina papulosa Hg carbol. oxyd. innerlich.	24. Dezember 1886. Recidiv: Laryngitis catarrhalis und mehrere Schleimpapeln im Rachen.	Nach 10 Injektionen besserte sich die Stimme und die Papeln verschwanden.
10.	E. M. Telegraphist. 19 J.	Anfang Oktober 1886 Ulcera indurata praeputii (3) und indolente Inguinaldrüsenschwellung. Mitte Dezember ein ausgebreitetes makulös-papulöses Exanthem.	26. Dezember 1886. 3 Sklerosen am Präputialrand, scharf ausgeprägte Adenitis inguinalis. Am Rumpf, Gesicht und Extremitäten ein Ausschlag eminenter Flecke, stellenweise sogar grofspapulöses Exanthem.	Nach 16 Injektionen verschwanden sämtliche Syphiliserscheinungen und die Sklerosen resorbierten sich. Die Drüsen verminderten sich bedeutend und waren kaum fühlbar.

jektionen mit 2 %ig. Suspension des Hydrargyr. carbol. oxyd. vertrug der Kranke ganz gut; aber am nächsten Tage nach der zweiten Injektion entstand Gingivitis, die Zähne begannen zu wackeln und Salivation trat auf; am nächsten Tage, ungeachtet der vorgenommenen Maßregeln, nahm die Mundaffektion zu, auch der Speichelfluß; jeden Augenblick spukte der Kranke dicken und zähen Speichel aus, die Submaxillardrüsen waren geschwollen und schmerzhaft, die zwischen der Zahnreihe liegende Zunge konnte infolge der Volumzunahme fast nicht zurückgezogen werden und zeigte partielle Druckgangrän, die Mundschleimhaut war exulceriert, ein unangenehmer Geruch trat aus dem Munde und ödematöse Schwellung des Gesichtes war vorhanden. Wegen der Schmerzen konnte der Kranke selbst flüssige Nahrung schwer zu sich nehmen. Ein solcher Zustand dauerte 10 Tage fort ohne Besserung, und erst nachher begannen die Stomatitiserscheinungen allmählich zu schwinden. Verschiedene Mittel (Kali chloricum innerlich, Adstringentia mit Opium zum Gurgeln, Einpinselungen u. s. w.) halfen augenscheinlich wenig; die Stomatitis verschwand erst nach dreiwöchentlicher Kur. Die luetischen Erscheinungen waren schon früher gewichen. In dem beschriebenen Falle ist uns höchst auffallend die außerordentlich rasche, sogar plötzliche Entwickelung einer intensiven ulcerösen Stomatitis mercurialis; als Ursache dieser Mundaffektion kann wohl auch der Umstand dienen, daß der Kranke während seiner Merkurialkur ein kleines Zimmer mit seiner Frau bewohnte, die gleichfalls an Syphilis litt und Inunktionen mit grauer Salbe machte. Man kann folglich voraussetzen, daß die Quecksilberdünste auf den Kranken eine schädliche Wirkung ausübten, weil das Zimmer klein war und sehr schlecht ventiliert wurde. Auf solche Weise erfolgte eine ansehnliche Quecksilberanhäufung im Organismus des empfindlichen Kranken, die eine heftige Mundaffektion zur Folge hatte. —

Ich verdanke der Freundlichkeit meines hochgeehrten Kollegen, Privatdozent der Universität St. Vladimir zu Kiew, Herrn Dr. Troitzky noch 12 Krankheitsgeschichten aus der weiblichen syphilitischen Abteilung des Cyrillhospitals; diese Kranken wurden von Dr. Tr. mit hypodermatischen Injektionen des karbolsauren Quecksilberoxyds behandelt und auf solche Weise kann ich meine

spärliche Kasuistik bereichern, um auf Grund aller dieser Beobachtungen meine Meinung über das neue Hg-präparat zu äufsern. Wie man aus der umstehenden Tabelle der Krankheitsgeschichten des Dr. TROITZKY ersieht, verschwanden die Syphiliserscheinungen bei den Weibern sehr rasch unter dem Einflusse der subkutanen Injektionen des Hydrargyri carbolici oxydati. Die Zahl der Injektionen, um sekundäre Syphiliserscheinungen zu beseitigen, überschritt nur selten 10, und nur in 2 Fällen waren 15 Einspritzungen notwendig, um die luetischen Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Dr. TROITZKY injizierte gleichfalls 2 % Suspension von Hydrargyrum carbol. oxyd. in Wasser mit Gummi arabicum; die Injektionen wurden jeden zweiten Tag ausgeführt und jedesmal wurde der Inhalt einer vollen PRAVAZschen Spritze in das Unterhautzellgewebe des Rückens eingespritzt. Der Schmerz war unbedeutend und weit geringer, als nach den subkutanen Injektionen der Quecksilbercyanür-, Formamid- und Sublimatlösung. In allen Fällen fühlten die Kranken einen dumpfen Schmerz an der Injektionsstelle, welcher nur einige Stunden dauerte. Abscesse und Koagulationsknoten an den Injektionsstellen wurden gar nicht beobachtet; Lokalreaktion, nach den Beobachtungen Dr. TROITZKYS, war im ganzen unbedeutend. Stomatitis mercurialis entwickelte sich kein einziges Mal. Erklärung dessen finden wir, abgesehen davon, dafs eine unbedeutende Menge Hg in den Organismus eingeführt wurde, noch darin, dafs alle nötigen Vorsichtsmafsregeln, namentlich sorgfältige Mundpflege, vorgenommen wurden, um der Mundaffektion vorzubeugen.

Aus allen diesen Beobachtungen können wir folgende Schlufsfolgerungen über subkutane und intramuskuläre Injektionen des karbolsauren Quecksilberoxyds ziehen.

1. Hydrargyrum carbolicum oxydatum eignet sich sehr gut für hypodermatische Anwendung bei Syphilis.

2. Sowohl subkutan, als auch intramuskulär eingeführt, resorbiert sich dieses Präparat rasch und gelangt in den Blutkreislauf.

3. Das neue Hg-präparat ruft unbedeutende Lokalreizung hervor, sowohl bei subkutanen, als auch bei tiefen intramuskulären Injektionen. Die Injektionen verursachen nur unbedeutenden

№ curr.	Name, Alter. Eintritt.	Status praesens	Verlauf.
1.	P. D. 22 J. aufgen. 29. Sept. 1886.	Plaques muqueuses faucium; Papulae desquamantes lenticulares trunci; Ulcus induratum labii minoris; Polyadenitis.	Nach 3 Injektionen heilte das Geschwür; die übrigen Syphiliserscheinungen sind nach 10 Injektionen gewichen.
2.	S. Sp. 23 J. aufgen. 2. Oktbr. 1886.	Ulcera indurata circa clitorem; Polyadenitis; Fleckensyphilid am Stamme und Extremitäten; nässende Papeln circa anum.	Nach 10 Injektionen heilten die Geschwüre, und die übrigen luetischen Erscheinungen verschwanden gänzlich.
3.	A. M. 21 J. aufgen. 2. Oktbr. 1886.	Plaques am Gaumen, Geschwüre in den Mundecken; desquamierende Papeln an der inneren Schenkelfläche; Polyadenitis.	Nach 5 Injektionen sind die syphilitischen Erscheinungen an der Haut und den Schleimhäuten verschwunden.
4.	M. K. 30 J. aufgen. 7. Oktbr. 1886.	An den Genitalien und um den After massenhaft nässende Papeln; Polyadenitis.	Nach 10 Injektionen sind die Symptome gewichen.
5.	P. P. 23 J. aufgen. 7. Oktbr. 1886.	An den grofsen und kleinen Schamlippen massenhaft nässende, serpiginös-exulcerierte Papeln, desquamatives papulöses Syphilid am Stamme; Polyadenitis.	Nach 15 Injektionen sind die Geschwüre, das Exanthem etc., verschwunden.
6.	M. P. 35 J. aufgen. 21. Oktbr. 1886.	Nässende Papeln an den grofsen Schamlippen und circa anum; Lymphadenitis inguinalis.	Nach 3 Injektionen haben sich die Papeln zurückgebildet.

7.	A. D. 16 J. aufgen. 22. Oktbr. 1886.	Exulcerierte Papeln an den kleinen Schamlippen; makulös-papulöses Exanthem des Stammes im Regressionsstadim; Polyadenitis.	Nach 5 Injektionen keine Symptome mehr.
8.	A. T. 23 J. aufgen. 23. Oktbr. 1886.	Ulcus induratum cicatricans ad introitus, Papeln an der linken grofsen Schamlippe; Exanthema maculosum abdominis. Polyadenitis.	Nach 5 Injektionen haben sich alle Syphiliserscheinungen zurückgebildet.
9.	P. S. 34 J. aufgen. 23. Oktbr. 1886.	Mehrere speckige Geschwüre an den grofsen Schamlippen; Roseola trunci et extremitatum; Polyadenitis.	Nach 15 Injektionen heilten die Geschwüre und die Syphiliserscheinungen verschwanden.
10.	J. Sch. 43 J. aufgen. 26. Oktbr. 1886.	Erosionen um den After; am Stamme einzelne Flecke; Polyadenitis.	Nach 8 Injektionen wichen alle luetischen Erscheinungen.
11.	M. A. 21 J. aufgen. 26. Oktbr. 1886.	Nässende Papeln um die Genitalien und an den grofsen Schamlippen. Plaques muqueuses an den Mundlippen; an der Stirn und am Stamme zerstreute desquamierte Papeln; Leucoderma colli syphiliticum. Polyadenitis.	Nach 10 Injektionen verschwanden die Symptome.
12.	B. P. 25 J. aufgen. 10. Novbr. 1886.	Nässende Papeln an den Genitalien und um den After; ein Geschwür an der obern Gingiva; Papeln unter der rechten Mamma. Am Stamm und Extremitäten makulöses Exanthem.	Nach 15 Injektionen sind die syphilitischen Erscheinungen gänzlich verschwunden.

Schmerz, und derselbe ist nicht so intensiv, wie bei der Injektion andrer Quecksilberpräparate, besonders des Kalomel.

4. Nach subkutanen und intramuskulären Injektionen des Hydrargyrum carbolicum oxydatum bilden sich weder Abscesse, noch Entzündungen an den Einstichstellen. Koagulationsknoten resp. Indurationen werden höchst selten beobachtet und verschwinden bald.

5. Die kondylomatösen und die spätern gummösen Syphiliserscheinungen gelangen bald zur Rückbildung und verschwinden unter dem Einflusse sowohl der subkutanen, als auch der tiefen intramuskulären Injektionen dieses Präparates.

6. Auf Grund der oben angeführten Beobachtungen kann man hoffen, dafs Hydrargyrum carbolicum oxydatum entschieden grofse Vorzüge im Vergleich mit den übrigen Quecksilberpräparaten habe, da es wenig lokal reizt und schnell die luetischen Erscheinungen beseitigt.

Somit verdanken wir Prof. GAMBERINI ein neues wichtiges Mittel in der Syphilitistherapie, welches sehr anwendbar ist und besonders im kondylomatösen Syphilisstadium glänzend wirkt.

Ohne meine Meinung definitiv über karbolsaures Quecksilberoxyd auszusprechen, hielt ich für notwendig, die Aufmerksamkeit geehrter Herren Fachkollegen auf dieses neue Mittel zu lenken, in der Hoffnung, dafs eine gröfsere Anzahl von Beobachtungen in dieser Hinsicht die Anwendbarkeit, die Wirksamkeit und die Vorzüglichkeit des neuen Präparates zu beurteilen im stande sein werde.

Kiew, 14. März 1887.

Druckfehlerberichtigung.

No. 5. S. 196 am Ende mufs die Formel lauten:

$$\left.\begin{matrix} C_6H_5O \\ C_6H_5O \end{matrix}\right\} Hg + H_2O.$$

Über Hautklemmen.

Von

P. G. Unna.

Mit 3 Abbildungen.

Nach der Excision einer an der Vorhaut sitzenden Initialsklerose, welche ich mit einer gekrümmten und mittels Schraube beweglichen Klemmpinzette gefafst hatte, liefs ich die letztere zufällig längere Zeit, etwa 1/4 Stunde, liegen und beobachtete beim Abnehmen derselben, dafs die Hautränder durch den lang anhaltenden Druck miteinander verklebt waren und — da die Vorhaut in diesem Falle schlaff und sehr nachgiebig war — auch verklebt blieben. Aus Vorsicht bestrich ich die verklebten Ränder mit etwas Jodoformleim und hatte, als nach einigen Tagen die Leimkruste abfiel, Mühe, die Stelle der Excision überhaupt wiederzufinden.

Ich konnte mir nicht verhehlen, dafs der Zufall mir hier zu einer wahrhaft idealen prima intentio verholfen hatte, und suchte bei spätern Excisionen kleiner Geschwülste diese Art primärer Vereinigung nachzuahmen und auszubilden. Natürlich pafst dieselbe nur für Hautstellen, bei welchen eine dünne Cutis mittels eines spärlichen und sehr dehnbaren subkutanen Gewebes sich gegen ihre Unterlage leicht und weit verschieben läfst, also vor allem für die Vorhaut, die Penishaut und die Augenlider. Diese Methode eignet sich also vorzugsweise für die Excision von Sklerosen und Xanthomen.

Da ich es aber unbequem fand, gröfsere Klemmpinzetten an diesen Orten längere Zeit liegen zu lassen, suchte ich mir ein leichteres und kleineres Instrument für diese Fälle zu konstruieren. Die erste Form, welche ich anwandte, hatte die Form eines dünnen, fingerlangen, leicht gebogenen cylindrischen Metallstäbchens, welches der Länge nach in 2 symmetrische Hälften geteilt war und durch 2 von beiden Seiten aufgesteckte Ringe zusammengehalten wurde. Die im Querschnitt halbmondförmig gestalteten Halbstäbchen wurden zu beiden Seiten der Geschwulst angelegt und diese darauf durch Aufschieben der Ringe auf die vereinigten

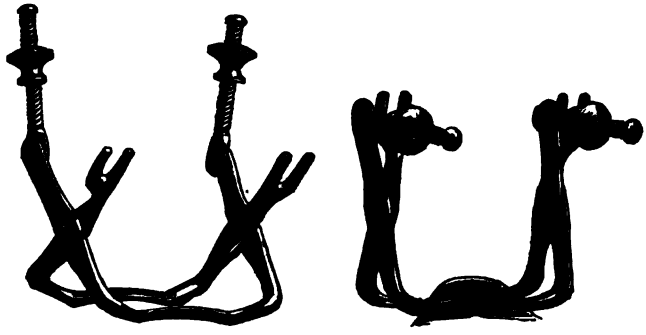
Stäbchenhälften von beiden Enden her beliebig fest eingeklemmt. Dieses höchst einfache Instrument erwies sich nicht als praktisch; erstlich war die Länge der Stäbchen in manchen Fällen (innerer Augenwinkel) hinderlich, sodann war nach einmaliger Fassung der Geschwulst eine etwaige Korrektur an der Lage der eingeklemmten Hautfalte nicht mehr gut möglich, obwohl sie sich öfters als wünschenswert erwies.

Ich konstruierte daher mit Hilfe des Instrumentenmachers C. A. Straszacker in Hamburg eine kleine, ebenfalls zierlich gestaltete Hautklemme, bei welcher die beiden Momente der vorläufigen Fassung und der definitiven sicheren Einklemmung absichtlich getrennt sind. Das kleine Instrument entspricht seinem Zweke vollkommen und hat sich praktisch bewährt.

Diese metallene und sorgfältig vernickelte Hautklemme besteht aus zwei die Geschwulst einklemmenden Stäbchen, welche an beiden Enden durch rechtwinkelich abgehende, scherenartig gekreuzte Griffe beliebig einander genähert und voneinander entfernt werden können. Je einer dieser Griffe trägt am obern Ende eine im Scharnier bewegliche feine Schraube, auf der eine Schraubenmutter, leicht beweglich, läuft. Die andern beiden Griffe tragen eine Gabel, in welche nach dem Fassen der Geschwulst die Schraube hineingesenkt wird, worauf durch Anziehen der Schraubenmutter gegen die Gabel die Griffenden genähert und damit die Basis der Geschwulst fest komprimiert werden kann. Die einklemmenden Stäbchen fassen die Geschwulst nur mit ihrer nach innen vorspringenden Mitte, damit sich das Messer seitwärts davon leicht ein- und ausführen läfst. Die beiden Figuren zeigen meine Hautklemme in gespreiztem, offenem und in geschlossenem, zur Exstirpation der gefafsten Falte fertigen Zustande.

Man setzt zunächst die Klemme in gespreiztem Zustande, nach beiden Seiten die Geschwulst überragend, auf die Haut, zieht den Tumor mit einer Pinzette etwas in die Höhe und schliefst scherenartig die Griffe, wobei die Stäbchen die Basis der Geschwulst vorläufig schon ziemlich fest fassen, aber nicht so fest, dafs man nicht mit Leichtigkeit die Lage der Hautfalte durch Verziehen derselben korrigieren könnte. Ist die Lage richtig, so senkt man beide Schrauben in die entsprechenden Gabeln und

zieht dieselben so fest, als nur irgend möglich, an. Mit einem feinen Messer trennt man nun — eventuell nach vorheriger Vereisung durch den Ätherspray — die Geschwulst und zwar nicht glatt an der Stäbchenkante, sondern parallel dazu etwas höher ab, weshalb man die Geschwulst genügend breit gefafst haben mufs. Dann bestreicht man die vorstehenden Kanten mit Jodoformleim oder Jodoformkollodium und läfst diesen Anstrich etwa 10 Min. trocknen, während die Hautklemme noch liegen bleibt. Nun erst wird die letztere entfernt und ein neuer Anstrich von Leim oder Kollodium vollendet den Verband. Die dabei zwischen die Wundränder geratende Leim- oder Kollodiummasse hindert die prima intentio

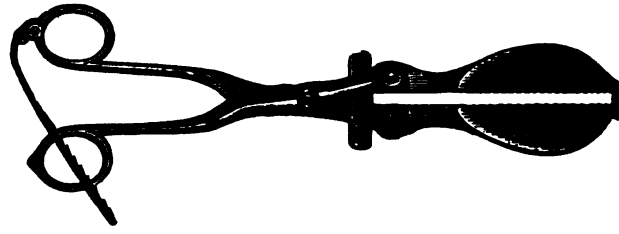


durchaus nicht, sondern zieht sich, wenn die Haut in ihre natürliche Lage zurückversetzt wird, elastisch zwischen denselben heraus.

Es lag sehr nahe, da diese Hautklemme sich zur nahtlosen prima intentio, für die sie bestimmt war, bewährte, dieselbe mit Naht auch auf andre Hautstellen mit gröfserer Hautspannung anzuwenden, bei welchen an eine primäre Verklebung wegen des starken elastischen Zuges an den Wundrändern nicht zu denken war. Hier kann man entweder, während die Klemme liegt, vor der hart an der Stäbchenkante vorgenommenen Excision die Nadeln unter den Stäbchen hindurch legen oder nach der etwas höher oben erfolgten Excision die senkrecht stehenden Wundränder auch ruhig oberhalb der Stäbchen vernähen, da beim Abnehmen der Klemme die Wundränder sich in den Nähten drehen und schön aneinander legen.

Zur Abklemmung von gröfseren Tumoren (z. B. Hämorrhoidalgeschwülsten, gestielten Lipomen und Fibromen) konstruierte Herr Sraszacker auf Anregung von Herrn Dr. Schede eine sehr kräftig gearbeitete Parallelzange, welche den bisherigen an Sicherheit der Führung und an Kraftentwickelung entschieden überlegen ist.

Dieselbe besitzt zunächst 3 eigentümlich gebaute Scharniere, welche es gestatten, nach Art des Bayonettverschlusses die ganze Zange durch einfache Drehungen leicht in 4 Teile, nämlich die beiden Zangenarme und die beiden Griffe, zu zerlegen und ebenso einfach wieder zusammenzusetzen. Dadurch wird natürlich die Reinigung derselben sehr vereinfacht. Zu diesem Zwecke besitzt der männliche Teil des Gelenkes einen mit zwei seitlichen Vorsprüngen versehenen cylindrischen Zapfen, der nach Durchbohrung



eines entsprechend geformten Ausschnittes des weiblichen Gelenkteiles sich auf dessen andrer, vertiefter Fläche dreht. Nur bei maximaler Spreizung passen die Vorsprünge der Zapfen genau in die Ausschnitte und gestatten das Abheben der Zangenarme von den Griffen, sowie die Trennung der beiden letzteren voneinander.

Eine sinnreiche Verbesserung hat die Parallelführung erfahren. Die unteren Enden der Zangenarme tragen rechtwinkelig abgebogene, sich entgegen laufende, rechteckige Balken, welche beide auf die halbe Dicke der Arme reduziert sind, so dafs sie, aufeinander gelegt, den Zwischenraum zwischen den beiden gekreuzten und hier ebenfalls durch einen Ausschnitt verdünnten Griffenden zusammen gerade ausfüllen. Bei der Bewegung der Zange gleiten diese Balken dadurch in vollkommen paralleler Führung aneinander vorbei, dafs die untere Kante eines jeden dabei gegen die untere Kante des Ausschnittes des gegenüberliegenden Griffendes,

die obere gegen die Verdickungskante des gegenüberliegenden Zangenarms drückt. Die gezwungen parallele Führung dieser Balken sichert natürlich diejenige der von ihnen rechtwinkelig abgehenden Zangenarme. Aufserdem ist auch noch an den oberen Enden der Zangenarme dadurch die Parallelführung gesichert, dafs die eine hier einen Stift, die andre eine Öse trägt, welche beim Öffnen und Schliefsen ebenfalls ineinander gleiten. Diese letztere Führung wurde von SCHEDE zu dem Zwecke gewünscht, um beim Abklemmen dickerer Gewebsmassen eine leicht eintretende, geringe Abweichung der Zangenarme senkrecht zu ihrer Drehungsebene ebenfalls sicher ausschliefsen zu können.

Wenn sich schon an dem Ersatz eines einfachen geraden, gegen beide Zangenarme beweglichen Balkens durch zwei Balken von Halbdicke, welche Teile der Zangenarme selbst darstellen, ein unverkennbarer Fortschritt zeigt gegenüber der von THOUVENEL konstruierten, in der *Illustr. Monatsschrift für ärztliche Polytechnik* (1. Aug. 1883) mitgeteilten Parallelzange, so müssen wir es als eine noch wichtigere Verbesserung ansehen, dafs bei der STRASZACKERschen Zange der von den Griffenden ausgeübte Druck oberhalb der Parallelführung auf die Zangenarme direkt und unverkürzt wirkt, während er bei der THOUVENELschen Zange unterhalb der Parallelführung angreift und deshalb ein Teil desselben durch Reibung an der die Zangenarme kreuzenden Führungsstange verloren geht, wodurch diese nebenbei auch weniger sanft gleiten kann und sich eher abnutzen mufs.

Die Sperrvorrichtung konstruierte der Fabrikant auf meinen Wunsch so (wie die Abbildung zeigt), dafs die Sperrfeder durch ein zweites Scharnier senkrecht zu ihrer gewöhnlichen Bewegung leichter ausgehakt werden kann, als dies gewöhnlich nach starker Inanspruchnahme der Federkraft der Fall ist.

Der wohldurchdachten Konstruktion aller Teile entspricht deren saubere Ausführung, so dafs das Instrument wohl den rigorosesten Ansprüchen an eine leicht zu handhabende und zu reinigende, sicher fassende Parallelzange in vollkommenem Mafse gerecht wird.

Beide Instrumente hält der Fabrikant, Herr C. A. SRASZACKER in Hamburg, Steindamm 21, stets vorrätig.

Referate.

Realencyklopädie der gesammten Heilkunde, von A. Eulenburg. 2. Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 5.—8. Band.

Die vier neuen Bände des inhaltreichen Werkes bringen folgende Artikel, welche für unsre Spezialität besonderes Interesse besitzen:

Decubitus	Küster.	Erythrasma	Behrend.
Delhi-Beule	Geber.	Favus	Auspitz u. Schiff.
Diaphoretica	Bernatzik.	Fette und Fettsäuren	Munk.
Dyshidrosis	Behrend.	Fettsucht	Kisch.
Ekthyma	Kaposi.	Fibrom	Birch-Hirschfeld.
Ekzema	Kaposi.	Filaria	Wernich.
Elastin	Munk.	Framboesie	Geber.
Elephantiasis	Kaposi.	Furunkel	Z.
Emollientia	Bernatzik.	Gänsehaut	Blumenstock.
En- und Epidermatische Methoden	Eulenburg.	Gefäfse	Landois.
Endoskopie	Grünfeld.	Gehirnsyphilis	Pribram.
Entzündung	Weigert.	Gelatine	Bernatzik.
Epheliden	Behrend.	Glycerin	L. Lewin.
Erfrierung	Küster.	Haar	Behrend.
Erysipelas	Küster.	Haarkrankheiten	Behrend.
Erythema	Behrend.		

Unter den gröfseren Arbeiten heben wir als besonders lesenswert hervor: Endoskopie von Grünfeld, Entzündung von Weigert, Gehirnsyphilis von Pribram und die Artikel über Haar- und Haarerkrankungen von Behrend.

Unna.

Prof. N. Manssurow. *Klinische Sammlung für Dermatologie.* Mit 6 Photogr. und 4 Polytypogr. Moskau 1886. [Russisch.] (Autorreferat.)

Verf. vereinigte in dieser Sammlung seine Vorträge über neue hervorragende Fälle aus dem Gebiete der Dermatologie und Syphilidologie. Im 1. Vortrage bespricht er 5 Fälle von **Lepra.** Zunächst macht er einige Bemerkungen über die Nomenklatur dieses Leidens und sagt, dafs der hier und da noch gebräuchliche Name Elephantiasis Graecorum nicht mehr Geltung haben und die Lepra Graecorum oder L. tuberculosa streng von der Elephantiasis Arabum unterschieden werden sollte, besonders nach den Arbeiten von Wucherer, Patrik Manson und Hans Hebra.

Im 1. seiner angeführten Fälle, ein weibliches Individuum aus Kolotsch unweit Astrachan, wurde die Behandlung mit Kauterisation (Kali caust. mit Liq. ferri sesquichlor.) begonnen, dann reduzierende Mittel nach Unna angewandt, und zwar mit sehr gutem Erfolge, denn nach 3—4monatlichem

Gebrauch schwanden fast alle Lepraknoten auf den Extremitäten. Es blieb nur noch eine Infiltration im Gesicht und im Pharynx zurück. Pat. nimmt weiter Pillen mit sulfoichthyolsaurem Natrium, braucht auch eine Resorcinsalbe für die Hände und eine Ichthyolsalbe für die Beine. (Vor kurzem bemerkte Verf., dafs bei einem Pat. die Salbe mit sulfoichthyolsaurem Ammonium auf dem Rumpfe appliziert, Husten, besonders des Nachts, hervorrief, weshalb er das Mittel lieber an den unteren Extremitäten und namentlich am Tage anwendet, wo die Ausdüstungen weniger auf die Atmungsorgane einwirken.) Verf. kann nur bestätigen, dafs die Leprabehandlung mit reduzierenden Mitteln sehr gute Resultate gibt.

Der 2. Fall betraf einen Priester aus dem Kaukasus, der an Ödema pulmonum in Verf.s Klinik starb.

3. Fall: Ein Trompeter mit Lepra anästhetica, nur etwas Besserung durch Roborantia.

4. Fall: R. aus Piatigorsk. Lepra tuberosa faciei, extremitatum et faucium palati. Starker Husten, Lepra seit 7 Jahren. Grofse Besserung nach Behandlung mit Ichthyol, Resorcinsalbe und Pyrogallussäure.

5. Fall: Köchin M. P. aus Kaschira-Tula. Lepra tuberosa, im Arbeiterhospitale gesehen und abgebildet.

Auf dem Kongrefs in Moskau im Januar 1878 wurde über eine grofse Arbeit von Prof. Münch aus Kiew: **Lepra im Süden Rufslands**, referiert. Diese klassische Arbeit enthält mehrere hundert Abbildungen, von denen die der Lepra mutilans besonders wichtig sind. In Turkestan ist Lepra sehr häufig.

II. Vortrag: Demonstration mit Abbildung eines seltenen Falles von **Fibroma cutis.** Auf den Knien (hier allein 36), den Ellbogen und dem Gesäfse befinden sich mehrere Knoten im Zellgewebe, 30—40 an den Glutaei auf jeder Seite, und zu 6 bis 8 an den Händen und Fingern. Wie es scheint, hatte aufser der Disposition auch ein Trauma grofsen Einfluſs auf die Entstehung dieser Gebilde.

III. Vortrag: **Syphilis hereditaria tarda. Paresen, Idiotismus.** Verf. behandelte die Mutter wegen Lues. Nach 7 Jahren wurde sie von einem gesunden Manne schwanger. Das Kind sah gesund aus und war grofs. Im 8. Lebensjahre vergafs es alles, was es gelernt hatte und wurde allmählich zum Idiot; im 10. Jahre bekam es epileptische Anfälle und rechtsseitige Paralyse. Mit Jod und Einreibungen Besserung. Aphasie blieb noch zurück, ebenso Paresis der rechten Seite. Verf. zieht die Schlufsfolgerung, dafs nur gut beobachtete Fälle von Lues der Kinder und deren Eltern einen genügenden Wert für diese Frage haben.

IV. Vortrag: Ein Fall von **Scleroma universale** bei einer jungen Dame. Die Krankheit dauerte 6 Monate und begann nach einer Erkältung des Gesichts. Bemerkenswert ist, dafs Pat. schon mehrere Jahre an Fistulae recto-vaginalis, recto-vesicalis und inguinalis leidet. Konnte diese lang dauernde Eiterung nicht die Ursache des Leidens sein?

V. Vortrag: **Naevus vasculosus** bei einem 10jähr. Mädchen. Die Erweiterung der Kapillaren okkupiert vorzüglich die linke Hälfte des Körpers. Rücken und Beine sind auch affiziert, der linke Oberschenkel und die Glutaei atrophiert. In der Regio coccygea befindet sich eine kleine Spaltung der Gewebe. Das Kind leidet an Hämorrhagien aus dem Zahnfleische und auf der Scheitelgegend, wo sich eine vaskuläre Erweiterung befindet.

VI. Vortrag: **Area Celsi maligna.** Schon in den leichten Fällen, wo die Affektion serpiginös auftritt und inselartig sich verbreitet, konnte man auf die parasitäre Natur des Leidens schliefsen. Doch scheint dies noch eine Streitfrage zu sein. Sei es nur parasitär, sei es nervös, in beiden Fällen liefert die nämliche Behandlung gute Resultate und kann die Heilung beschleunigen, d. i. Reinigung mit Kaliseife, Gebrauch von Resorcin in Lösung, aromatische und Salzwasserwaschungen (mit besonders gutem Erfolge) durch einige Monate hindurch gebraucht. Von der Kontagiosität der Krankheit konnte sich Verf. durch Beobachtungen in den Schulen sowohl wie auch in Familien überzeugen.

VII. Vortrag: **Dermatitis congelationis.** Verf. zählt diese Formen unter die Hautkrankheiten, insofern sie auf der Gesichtshaut und auf den Händen angetroffen und von einer Vaskularisation der Haut mit Infiltraten und andern trophischen Störungen begleitet werden. Anämie und Chlorose, selbst bei ziemlich fetten Individuen, machen zu solchen Leiden disponiert. Als Beispiel wird ein Fall bei einem 9jährigen Mädchen angeführt, welches, obgleich es das Erziehungsinstitut nie verlassen hatte, doch bei Zimmertemperatur an Frostbeulen litt. Verf. beschreibt noch einige Fälle, wo die Infiltrate im Gesicht bald an Pityriasis rubra (Ekzem), bald an eine Verhärtung wie Sklerom erinnern. Also eine Verwandtschaft könnte hier umsomehr zugelassen werden, als solche Kranke eine totale Unbeweglichkeit der Gesichtszüge darboten. Solche Fälle verliefen aber günstig bei Behandlung mit Acidum nitricum dilutum in Salbenform.

VIII. Vortrag: **Operative Behandlung der Akne.** Verf. gibt der Auffassung Ferd. Hebras den Vorzug vor der Piffards, und empfiehlt zur Behandlung einen Komedonenquetscher in der Form eines hohlen Cylinders mit 2 Enden von verschiedenem Durchmesser, von $^1/_4$—$^1/_2$ cm, und abgerundeten Rändern. Das Instrument erlaubt, eine ziemliche Kraft zu entfalten. Um das Zentrieren zu ermöglichen, hat Verf. eine Pinzette konstruiert. Die beiden Branchen bilden einen Cylinder, wenn man dieselben dann vermittels einer Schraube auseinanderstellt, kann man den Akneknoten zwischen die Branchen nehmen und den nötigen Druck ausüben und dann Knoten und Zentrierung beobachten. Der Inhalt des Akneknotens wird auf diese Weise nicht in das Zellgewebe hineingedrückt, sondern herausgestofsen; man fafst den Pfropfen mit der Pinzette und zieht ihn heraus. Verf. empfiehlt aufserdem, besonders bei Akne indurata, Skarifikation mit einer sehr spitzen Lanzette oder Bistouri, da, wie bekannt, sich bei dieser Prozedur keine tiefen Narben bilden.

Im IX. Vortrag endlich beschreibt Verf. die **Roseola syphilitica annularis**. Diese Form der R. syph. bildet sich als Recidiv der Roseola in Form von leichten Infiltraten und Vaskularisationen, die sich gewöhnlich exzentrisch verbreiten und also die Charaktere der Syphilis — serpiginöse Verbreitung — darstellen. Dieser Gang der Flecke und Infiltrate kann nur von einer bestimmten lokalen Ursache herrühren, von einem Parasiten. Nachdem Klebs und Tommaso Crudeli durch die Entwickelung der Parasiten im Blute bei Malaria die Fieberbewegung bei Intermittens sehr gut explizierten, so erklärte sich Verf. schon 1882 (*Wratsch.* No. 34) für die parasitäre Natur der Lues. Er entwarf diese Lehre in einer Monographie: *Die Bakterien bei Syphilis* (Moskau 1884.), über welche nächstens referiert werden soll.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1887. Heft 1.

Caspary. **Chronische Quecksilberbehandlung der Syphilis.** Im Gegensatz zu Fournier und Neisser, die eine chronische Quecksilberbehandlung der Syphilis, auch wenn z. Z. keine Symptome vorhanden sind, für unerläfslich halten, ist C. seinen schon vor zwei Jahren der Öffentlichkeit übergebenen Ansichten treu geblieben und verordnet Hg nur dann, wenn neuerdings aufgetretene Symptome es verlangen. C. gelangte zu dieser Ansicht aus der Überzeugung, dafs der protrahierte Hg-gebrauch keineswegs gefahrlos ist, und dafs das Hg gleich andern spezifisch wirkenden Medikamenten, z. B. dem Chinin, der Salicylsäure, viel besser vertragen werde bei vorhandener Krankheit als in den symptomenlosen Perioden. An der Hand von 100 Fällen, die mindestens seit einer Reihe von 10 Jahren in des Verfassers Behandlung gestanden, gibt derselbe eine tabellarische Übersicht der während dieser Zeit bei den nach oben angegebener Methode behandelten Patienten aufgetretenen Krankheitserscheinungen.

Schwimmer. **Tuberkulose der Haut und Schleimhäute.** In der Streitfrage: „Ist Lupus identisch mit Hauttuberkulose oder ist derselbe als eine eigenartige Lokalerkrankung aufzufassen?“ bekennt sich der Verf. zu der letzteren Ansicht und zwar sind seine Gründe hierfür folgende:

1. Ist Lupus eine sehr häufige, die Hauttuberkulose eine seltene Krankheit. Schon die Entwickelung beider Krankheiten deutet auf eine Verschiedenheit derselben hin. Die Hauttuberkulose ist ein akut verlaufender rasch in Zerfall übergehender Prozefs, während der Lupus mehr die chron. Form mit den charakteristischen miliaren Knötchen innehält.
2. Beginnt die Hauttuberkulose ausschliefslich auf den Schleimhäuten

und greift erst später auf die äufsere Haut über, während es sich beim Lupus gerade umgekehrt verhält. Tuberkulose der Schleimhäute bei intakter äufserer Haut ist die Regel, während Lupus der Schleimhaut allein äufserst selten vorkommt. Dagegen ist eine lupöse Erkrankung der äufseren Haut allein eine sehr häufige Erscheinung, wogegen der Verf. ein Vorkommen von tuberkulöser Affektion der äufseren Haut allein leugnet.

3. Lupus und Hauttuberkulose verhalten sich in ihren Einwirkungen auf den Gesamtorganismus total verschieden. Viele Autoren sind zu weit gegangen in der Behauptung, Lupus führe zu allgemeiner Tuberkulose. Wird ein Lupuskranker von der letzteren heimgesucht, so ist dies der allgemeinen Verbreitung der Tuberkulose und hereditärer Disposition zuzuschreiben.

   Die Hauttuberkulose dagegen entwickelt sich fast immer auf bereits allgemein tuberkulösem Boden, nur selten ist sie ein Vorläufer der allgemeinen Tuberkulose.

4. Das Verhalten der Bacillen bei den Erkrankungen. Wohl hat die Züchtung die Identität von Lupus- und Tuberkelbacillen ergeben, auch kann man durch Einimpfen von Lupusgewebe allgemeine Tuberkulose erzeugen, allein noch niemals ist es gelungen durch Inokulation von Lupuselementen wiederum Lupus hervorzurufen, ebensowenig wie eine Impfung mit Tuberkelbacillen einen solchen hervorzubringen vermag.

   Solange man nicht durch beide Elemente beide Erkrankungen zu erwecken im stande ist, mufs man nach Verfassers Ansicht die Identitätslehre mit einiger Reserve betrachten.

   Verf. betont zuletzt noch die verschiedenartige Therapie bei den Erkrankungen, die jedoch von keinem besonderen Interesse ist, da sie etwas Neues nicht aufzuweisen vermag.

. Finger. **Oedema indurativum** (Sigmund), **Oedema sclerotieum** (Pick). Verf. beginnt mit der Aufzählung der zahlreichen einschlägigen französischen Litteratur (Desjardins, Martin, Oberlin, Cornil, Fournier, Mauriac, Jullien) gegenüber der sehr spärlichen deutschen, die nur durch Sigmund und Pick, denen die Affektion ihren Namen verdankt, vertreten ist.

Das klinische Bild ist folgendes: Es beginnt bei den Weibern meist an den grofsen, seltener an den kleinen Labien der einen, manchmal auch gleichzeitig an beiden Seiten, kann sich aber auch auf die Clitoris und den Mons Veneris erstrecken. Bei den Männern befällt es das Präputium, die Penis- und Skrotalhaut und in heftigen Fällen gleichfalls den Mons Veneris. Die Entwickelung geht ohne Fieber und Schmerzen vor sich, indem die Haut und das darunter liegende Gewebe von einer allmählich zunehmenden Schwellung befallen werden, so dafs dieselbe auf dem Höhepunkte das 8—10fache der ursprünglichen Dicke erreicht. Dabei entwickelt sich eine derartige trockene brettartige Derbheit der Haut, dafs man mit dem Finger

einen Eindruck nicht hervorzubringen vermag. Die Schwellung ist keine zirkumskripte, sondern geht ganz allmählich in die normale Haut über. Was die Farbe der affizierten Partien betrifft, so ist dieselbe anfangs eine gleichmäfsig gelbe, geht aber bald in tiefes Kupferbraunrot über; gleichzeitig geht eine chagrinartige Veränderung der Hautoberfläche vor sich, so dafs das Ganze einer Orangenschale sehr ähnlich sieht. Bemerkenswert sind noch die klaffenden trichterförmigen Mündungen der Haarbälge und Talgdrüsen.

Die soeben geschilderte Affektion kann sich selbständig entwickeln, einige Wochen nach der Infektion als z. Z. einziges Symptom der Lues und so als Primäraffekt derselben angesehen werden. Häufiger jedoch tritt sie zu den übrigen Primär- oder Sekundärerscheinungen derselben hinzu, namentlich zu nässenden, zerfallenden und wuchernden Papeln der äufseren Geschlechtsteile.

Zum öfteren ist die Oberfläche der indurierten Hautpartien bedeckt mit zerstreuten, miliaren, braunroten, abschilfernden Knötchen (nach Martin von den Follikeln ausgehende Papeln). Als Komplikation eines Primäraffekts am Präputium führt es zur Phimose oder Paraphimose. Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen ist meist und zwar in hohem Grade vorhanden.

Auch ohne entsprechende Therapie geht das Oedema indurativum nach längerer Zeit in Heilung über, hinterläfst alsdann jedoch eine ziemlich beträchtliche Verdickung der Haut, die schliefslich bei spezifischer Behandlung gleichfalls zum Schwinden gebracht werden kann. Von Erfolg ist nach Verfassers Ansicht nur eine lokale und allgemeine Behandlung mit Hg-präparaten.

Von grofsem Interesse ist der anatomische Befund eines vom Verf. untersuchten Skrotalstückes. An der der Sklerose entsprechenden Stelle Verdünnung der Hornschicht, Verschmächtigung der Retezapfen, Fehlen des Pigments in der Cylinderzellenschicht sind die zuerst ins Auge fallenden Veränderungen. Dagegen finden sich kleinere und gröfsere Pigmentkörnchen in den interepithelialen Retegängen und hauptsächlich in den Bindegewebszellen der Papillen längs der Gefäfse.

Die Papillen selbst sind verlängert, ihre Gefäfsschlingen ektasiert, teils von roten Blutkörperchen strotzend, teils mit Gerinseln und weifsen Blutkörperchen angefüllt. In der Umgebung der Gefäfse Rundzelleninfiltration, namentlich sehr beträchtlich an der Basis der Papille. Innerhalb des Infiltrates sind die Gefäfse gleichfalls stark erweitert und ist ihre Adventitia ebenfalls durch kleinzelliges Infiltrat verändert.

In der Tunica dartos sind tiefergreifende Veränderungen nicht zu konstatieren, nur die Gefäfse sind wie oben beschrieben verändert, ohne durch Gerinsel etc. verstopft zu sein. An der Übergangsstelle der Tunica dartos ins subkutane Gewebe nehmen die Bindegewebszellen an Zahl und

Gröfse beträchtlich zu; in gleichem Mafsstabe nimmt auch das kleinzellige Infiltrat zu.

In bakteriologischer Beziehung gelang der Nachweis der Syphilisbacillen nach Lustgartens Methode nicht, wohl aber konnten nach dem Gramschen Verfahren zahlreiche Streptokokken in den Gefäfsen des stratum reticulare nachgewiesen werden und zwar in solcher Anzahl, dafs das Gefäfslumen stellenweise durch dieselben vollkommen angefüllt war. Nur vereinzelt und an wenigen Stellen sah sie Verf. freiliegend im Gewebe.

Zum Schlufs weist Verf. ein postmortales Eindringen der Streptokokken oder die Identität mit denen des Erysipels, an denen der Patient, dem das zur Untersuchung benutzte Stück entnommen, zu Grunde ging, zurück und glaubt sie als pathogen ansehen zu dürfen, indem er ihnen die „akuten", dem Syphilisvirus „die chronischen Veränderungen" zur Last legt, die zusammen ein klinisch ganz neues Bild, nach Verfs. Ansicht „eine Mischinfektion" hervorrufen.

Proksch. **John Hunter als Syphilograph.** Vor gerade 100 Jahren erschien ein s. Z. epochemachendes Werk über „Venerische Krankheiten", herausgegeben von Hunter; es erlebte mehrere Auflagen und wurde in die meisten Sprachen übersetzt. Trotz seiner horriblen Irrlehren galt doch dieses Werk bis in die Mitte dieses Jahrhunderts als Autorität ersten Ranges. Als Beispiele der Hunterschen Absurditäten sollen folgende sprechen:

Während man schon vor Hunter Tripper und Schanker als unter sich vollkommen verschiedene Krankheiten betrachtete, that H. den s. Z. als Orakel betrachteten Ausspruch: „Trippersekret, in die Cutis eingeimpft, erzeugt Schanker, folglich ist Tripper- und Schankerkontagium identisch." Und weiter: „da der Tripper, wenn auch selten, konstitutionelle Syphilis im Gefolge hat, so ist jedem Tripperkranken Hg zu reichen." Überhaupt mufs H. bezüglich des Kontagiums eigentümliche Ansichten gehabt haben, wenn er z. B. einem Patienten glaubte: „nach jeder Zahnextraktion werde er, der Patient, vom Tripper befallen."

Die durch den Tripper hervorgerufene Epididymitis verlegte H. nicht, wie vorher Andree konstatiert katte, in den Nebenhoden, sondern in den Hoden selbst.

Vom primären Vaginalschanker will H. absolut nichts wissen, von dem andrer Schleimhäute scheint er überhaupt keine Kenntnis besessen zu haben. Die schlimmste Huntersche Irrlehre war aber die der Visceralsyphilis, deren Existenz von ihm vollständig in Abrede gestellt worden war. Damit vernichtete er, dem seine Zeitgenossen alles glaubten, mit wenigen Worten eine Lehre, an der schon seit mehreren Jahrhunderten vorzügliche Mediziner, wie z. B. Morgagni, gearbeitet hatten. In gleicher Weise wurden von ihm die syphilitischen Augenaffektionen behandelt, als deren Ursache er die Syphilis gleichfalls nicht anerkannte. Andre wichtige syphilitische Veränänderungen, wie das Gumma, übergeht er mit Stillschweigen.

Doch hat er auch etwas Gutes geleistet, z. B. in der Pathologie und Therapie der Harnröhrenstrikturen, der Karunkeln und Fleischwarzen, wenn gleich er viel Neues über dieselben nicht berichtet hat.

Doutrelepont. **Über die Bacillen bei Syphilis.** Zwischen den Smegma- und den im syphilitischen Gewebe gefundenen Bacillen besteht, wie D. eingangs betont, ein differentielles Merkmal bei der Entfärbung. Denn während die ersteren nach ihrer Tinktion mit einem Anilinfarbstoff nur mit Salpetersäure und Wasser, dagegen nicht mit Alkohol behandelt werden dürfen, verlangen die letzteren schon eine ziemlich lange Alkoholeinwirkung, ohne dafs sie dabei den Farbstoff wieder verlieren. Dagegen können die in syphilitischen Geweben gefundenen Bacillen keine Salpetersäure vertragen oder Schwefelsäure, die noch schweflige Säure enthält.

Auf Grund eingehender Untersuchungen gelang es D. in 3 Sklerosen, in einem breiten Kondylom und in einem Gumma die Syphilisbacillen nachzuweisen und zwar nach folgender Methode: Färbung der Schnitte in wässeriger Gentianaviolettlösung (48 Stunden lang), Entfärbung durch 3 Sekunden langes Eintauchen in 5 %ige Salpetersäurelösung, dann Entwässerung und vollständige Entfärbung in Alkohol; teilweise auch Entfärbung in Alkohol allein. Auch nach den Methoden von Lustgarten, Giacomi und Gottstein gelangte D. zu einem positiven Resultat.

Eine zweite vom Verf. angegebene Methode besteht im Färben der Schnitte mit wässerigem Methylviolett (48 Stunden lang) und Entfärbung mit Eisensesquichlorid und Alkohol; doch ist hierbei ein zu langes Einwirken der ersteren Flüssigkeit zu vermeiden.

Nachgewiesen wurden die Bacillen in zahlreichen Schnitten sowohl „einzeln, zerstreut, als auch in den bekannten Gruppen." Aufserdem wurden von D. noch kokkenähnliche Körnchen (nach Verfs. Ansicht Zerfallsprodukte der Bacillen) in Zellen neben noch deutlichen Bacillen gefunden.

Durch Impfung auf erstarrte Hydroceleflüssigkeit hat Verf. mehrmals Bacillen gezüchtet, doch glaubt er diese Kulturen als solche von Smegmabacillen ansehen zu müssen.

Chotzen. **Streptokokken bei hereditärer Syphilis.** Durch die Befunde von Kassowitz und Hochsinger veranlafst untersuchte Ch. zahlreiches Material von hereditär Syphilitischen und fand Streptokokken in 11 verschiedenen Fällen. Als Fundort derselben werden in der Haut die Gefäfse des subkutanen Gewebes, die Umgebung der gröfseren Gefäfse sowie die der Schweifs- und Talgdrüsen angegeben (niemals aber Fett und Drüsenzellen selbst). Knochen und Leber verhalten sich betreffs der Lagerung der Streptokokken genau wie die Haut.

Am zahlreichsten wurden sie gefunden im Darm, sowohl in der Serosa, wie in der Muscularis, selbst in den Spitzen der Darmzotten, in denen Ketten von 10 und mehr Gliedern sich vorfanden. Ausnahmslos lagen sie

in den Lymphräumen und in der Umgebung der Blutgefäfse, niemals im Lumen der letzteren selbst.

Ch. folgert nun, dafs die Streptokokken im Darm zunächst ihre Ansiedelung gewonnen und sich von hier aus in den Lymphräumen weiter verbreitet haben. Dafür spricht auch das Verschontbleiben der Gefäfslumina, während die Gefäfswandungen von zahlreichen Mikroorganismen durchsetzt sind. In den Darm selbst gelangen sie durch intra vitam verschlucktes Nasensekret (bei Coryza).

Diese Ansicht wird unterstützt 1. durch den negativen Befund eines intra vitam excidierten Hautstückchens, das mit zahlreichen syphilitischen Papeln besetzt war, und 2. durch den positiven an einem ganz gesunden Knochen, in welchem die Periostgefäfse, die Gewebsspalten und der Mark raum mit massenhaften Kokkenketten durchsetzt waren.

Auch das Fehlen der erwähnten Bakterien bei acquirierter Syphilis erklärt Verf. für einen zufälligen Nebenbefund, dem man jedoch die Bedeutung zumessen mufs, dafs er für den Verlauf eine sehr schlechte Prognose ergibt und meist als direkte Todesursache anzusehen ist, wenngleich in manchen Fällen die syphilitische Erkrankung selbst den exitus letalis bewirken mag.

Mračeк. **Syphilis haemorrhagica neonatorum.** Als die häufigste Ursache der Haemorrhagia neonatorum sieht Verf. die Septikämie an, doch kann sie auch bedingt sein durch akute Fettdegeneration des Herzens, der Leber und der Nieren; oft auch mufs die Asphyxie der Neugeborenen dafür verantwortlich gemacht werden.

Etwas anders verhält es sich bei den Hämorrhagien neugeborener syphilitischer Kinder.

Von 132 frühverstorbenen syphilitischen Kindern, deren Syphilis sich auf die Mutter zurückführen liefs, zeigten 42 ziemlich beträchtliche Blutextravasate. M. teilt dieselbe in zwei Gruppen ein, die erste Gruppe (23 Fälle) umfafst:

1. Fälle, in denen die Blutungen durch die Syphilis einzelner Organe bedingt sind, namentlich des Respirationstraktus, des Gehirns, des Nabels und des Verdauungstraktus.
2. Blutungen bei Fällen von akuten interkurrierenden Erkrankungen bei hereditär syphilitisch Neugeborenen (Blutungen infolge von Sepsis der Mutter und des Kindes).
3. Fälle von hereditärer Syphilis, bei denen die Hämorrhagien aus zufälligen, oft nur vorübergehenden Störungen entstanden sind (durch Asphyxie, Kachexie etc. bedingt).

Bei allen diesen Fällen, wo die Hämorrhagien lokalisiert waren, mufs man natürlich von einer allgemeinen hämorrhagischen Diathese absehen.

Die zweite Gruppe (19 Fälle) umfafst die eigentliche Syphilis haemorrhagica neonatorum, bei der die Blutung keine lokalisierte, sondern eine allgemeine war. Der makroskopische Befund ergab leichtes Ödem der

äufseren Haut (manchmal auf Hände und Füfse beschränkt), Ikterus, Pemphigus, Hepatitis, Wegnersche Knochenerkrankung, Lungeninfiltration, Darmsyphilis und sonstige syphilitische Veränderungen.

Das Hauptinteresse lag im Befund an den Gefäfsen. M. nimmt an, dafs das Syphilisvirus auf die erst in der Entwickelung begriffenen Kapillaren einen deletären Einfluſs ausübe, dem die Kinder, bevor es noch zu weiteren pathologischen Veränderungen gekommen, zum Opfer fallen. Und zwar werden die Gefäfse gewisser Organe zuerst ergriffen, denen dann das Parenchym dieser Organe nachfolgt.

Von den auffallendsten Veränderungen werden die kleinen und mittleren Venen heimgesucht, deren Wandung kernreicher und etwas verdickt ist bei verengertem oder gänzlich verflossenem Lumen, infolge dessen natürlich stete Blutleere vorhanden ist.

In der Umgebung dieser Gefäfse ist es zu gröfseren Blutaustritten gekommen, in deren Bereich die Kapillaren infiltriert und komprimiert, während die nicht von den Blutaustritten betroffenen Kapillaren mit Blut überfüllt sind.

Sämtliche hier geschilderten Gefäfsveränderungen betreffen nur die Venen, nie die Arterien und die grofsen Venen.

Als einzige pathologische Veränderung an den Arterien, und zwar denen mittleren Kalibers, nennt V. eine Verbreiterung der Media und eine glänzende verdickte Adventitia.

Als Befund von nebensächlicher Bedeutung fand V. frische und organisierte Thromben in den erkrankten venösen Gefäfsen und leichte Endarteriitis der Carotis Cruralis und Iliaca.

Das Zustandekommen gröfserer Blutungen erklärt M. durch Verletzungen während des Geburtsaktes und infolge forcierter Belebungsversuche; jedoch ist die obige Gefäfserkrankung eine conditio sine qua non.

Die kleineren Ekchymosen finden ihre Erklärung in einer auf Grund der prädisponierenden Gefäfse und Paremchymerkrankung eingetretenen Zirkulationsstörung. Gerade auf Grund dieser Befunde glaubt M. die Bezeichnung als hämorrhagische Diathese von hereditärer Syphilis oder Syphilis haemorrhagica neonatorum gerechfertigt.

Hamburg. P. Taenzer.

In der VIII. Sitzung des Vereins deutscher Ärzte in Prag vom 25. Febr. 1887 demonstrierte Prof. F. J. Pick folgende Fälle von Hautkrankheiten:

I. Zwei **Favuskranke**. Der erste Fall ist dadurch bemerkenswert, dafs bei dem 14. J. alten Knaben, der mit Favus des behaarten Kopfes und mehrerer Stellen des Gesichtes und des Rückens, besonders über den Schulterblättern, auf die Klinik aufgenommen wurde, während seines Aufenthaltes daselbst zweimal ein makulöses Exanthem aufgetreten war, das

sich in ziemlich dicht gesäten 1—1½ cm und darüber grofsen braunroten Flecken über Gesicht, Stamm und Extremitäten verbreitete. Während nun die gröfste Zahl der Flecke unter mäfsiger Abschuppung zur Abheilung kam, entwickelte sich an einzelnen Stellen, so ad nates und der hinteren Fläche der Oberschenkel, aus den Flecken das herpetische Vorstadium des Favus mit sehr schönen isoliert stehenden Scutulis, die im weiteren Verlaufe zu den umfangreichen Favusborken gediehen sind, die der Kranke an den genannten Stellen eben noch darbietet.

Der zweite Fall betrifft den mit Lupus des Gesichts an der Klinik in Behandlung stehenden 20-j. Patienten, der Bettnachbar des ersten wurde, gerade zur Zeit als bei diesem die zweite allgemeine Eruption erfolgte und schon herpetische Favusringe zur Entwickelung gelangten. Wenige Tage nachher bemerkte man auch an diesem Kranken, fast an denselben Stellen wie im ersten Falle, eine Herpeseruption, die zur Bildung charakteristischer Favusscutula führte. Auch hier sind die anfangs isolierten Scutula durch Zusammenfliefsen oder starkes peripheres Wachstum zu grofsen Favusborken gediehen. Die mikroskopische Untersuchung der Schuppen, gleichviel ob sie den Flecken oder herpetischen Stellen entnommen wurden, ergab den gleichen morphologischen Befund der Pilzelemente des Achorion. Die Differenz bezog sich nur auf die relativen Mengenverhältnisse der unseptierten Hyphen zu den Gonidien abschnürenden Fäden und den getrennten Gonidien, welche beide letzteren Morphen in den Flecken spärlicher vorhanden waren, als in den Ringen. Die von ihnen angelegten Kulturen ergaben gleichfalls identische Resultate.

Prof. Pick erinnert an die Angaben von Quinke[1], der aus den Favusscutulis von verschiedenen Kranken 3 Arten von Pilzen gezüchtet hat und der deshalb annimmt, dafs es mindestens 3 verschiedene Pilze gibt, die er mit α, β, γ bezeichnet, die im stande sind das gleiche Krankheitsbild hervorzurufen, das wir als Favus bezeichnen. Diese Angaben, wenn sie sich bewahrheiten möchten, würden geeignet sein ein hohes Interesse für sich in Anspruch zu nehmen, weil sie den ersten Fall darstellen würden, in welchem verschiedene Parasiten ein und dieselbe Krankheit hervorrufen können. Prof. Pick bezweifelt jedoch vorläufig die Richtigkeit dieser Ansicht aus mehreren Gründen. Erstens sei es Quinke nicht gelungen von jeder Art positive Impfresultate zu erzielen, zweitens sei es auffallend, dafs bei Individuen desselben Haushaltes zur Hervorrufung des Favus zwei verschiedene Parasiten Veranlassung gegeben haben sollen, wie bei der Familie Steen, endlich hat der Vortragende nunmehr schon aus der Aussaat von vier verschiedenen Individuen entnommenen Favuspilzen in den Reinkulturen stets nur identische Pilze erhalten. Zudem lassen Quinkes Züchtungsresultate noch andre Deutungen zu, über welche eine Entscheidung um so mehr in Aussicht stehe, als es nunmehr nach den Ergebnissen von Dr. Boer ermöchlicht sei die Favuspilze zur Fruktifikation zu bringen.

[1] *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1885. pag. 433.

Bezugnehmend auf die im ersten Falle erfolgte zweimalige Eruption eines makulösen Exanthems, die eine selten günstige Disposition dieses Kranken für die Favusansiedelung annehmen läfst, macht der Vortragende darauf aufmerksam, dafs es, wie er schon mehrmals beobachtet habe, auch beim Favus, ähnlich wie beim Herpes tonsurans, zur Entwickelung einer akuten aber blofs makulösen Form kommen kann, ebenso wie er schon früher darauf hingewiesen hat, dafs es beim herpetischen Vorstadium des Favus nicht jedesmal bis zur Entwickelung makroskopisch evidenter Scutula kommen mufs, woraus sich im Einzelfalle Schwierigkeiten in diagnostischer Beziehung ergeben, denen er durch Angabe differentiell-diagnostischer Momente zu begegnen sucht.

II. **Prurigo.** Bei dem 27 Jahre alten Patienten, der schon wiederholt auf der Klinik des Vortragenden in Behandlung stand, hat die hochgradige xerodermatische Erkrankung, im Vereine mit dem starken Pruritus zu ausgebreiteten ekzematösen Entzündungen an beiden unteren Extremitäten geführt. Infolge dessen ist an den unteren Extremitäten eine so weit gediehene Atrophie der Haut und eine solche Sprödigkeit und Rissigkeit der Epidermis eingetreten, dafs die Haut zur Deckung der Teile nicht ausreicht, bei jeder Bewegung insbesondere an den Gelenken einreifst und den Kranken in einen Zustand versetzt, in dem er absolut unfähig wird sich zu bewegen, geschweige denn überhaupt Berufsgeschäften nachzugehen.

Prof. Pick benützt die Demonstration dieses Falles, um einerseits auf den noch immer zu wenig beachteten Symptomenkomplex hinzuweisen, der sich auf Basis der sekretorischen Störungen der Haut bei der Prurigo entwickelt und weitaus in den Vordergrund der pathogenetischen Momente der Krankheit zu stellen ist, und der eine Deutung des ganzen Prozesses als eines trophoneurotischen besser gestattet als es sonst bei vielen Hautkrankheiten zulässig ist, — anderseits um die glänzenden Erfolge der Gelatinebehandlung auch in solchen desolaten Fällen darzuthun. Als der Kranke diesmal auf die Klinik aufgenommen wurde, boten die unteren Extremitäten wieder hochgradige ekzematöse Erscheinungen dar, aber auch nachdem diese beseitigt waren, konnte der Patient ohne fortwährende Deckung der Haut nicht bestehen und sich nicht bewegen. Die blofse Einreibung mit Fetten genügt nicht, sein Zustand wird nur erträglich, wenn die Extremitäten mit Pflasterverbänden gedeckt werden, eine Prozedur, die für den Kranken aufserhalb des Spitals nicht ausführbar ist. Um ihn nun auch aufserhalb des Krankenhauses existenzfähig zu machen, wurde eine glycerinierte Gelatine angewendet und zwar zum Zwecke der gegenwärtigen Demonstration eine Zinkgelatine nach der von Unna-Beiersdorf angegebenen Modifikation von Picks Gelatineverband. Prof. Pick hält den Zusatz von Zink für überflüssig und überall da für störend, wo es darauf ankommt, sich über die Vorgänge auf der Haut zu orientieren, ohne den Verband zu entfernen, weil die Zinkgelatine undurchsichtig ist. Er anerkennt aber die

Vorteile der von UNNA-BEIERSDORF angegebenen Mischungsverhältnisse und empfiehlt zur Hintanhaltung der Verschimmelung den Zusatz von Sublimat, also den Gebrauch einer Sublimat-Glycerin-Gelatine, die ihm vortreffliche Dienste leistet und deren Anwendung er bei der dritten Demonstration zeigen werde. Dieser Glycerin-Gelatineverband, der leicht herzustellen ist, viele Tage liegen bleiben kann und, wenn er stellenweise defekt geworden, nur an diesen Stellen erneuert werden muſs, ermöglicht dem Kranken nicht bloſs die Behandlung auſserhalb des Krankenhauses fortzusetzen und Recidive hintanzuhalten, er befähigt ihn auch seinem Erwerbe nachzugehen.

III. **Erythema nodosum.** Bei einem 14-jähr. Mädchen, das vor drei Wochen auf die dermatologische Klinik aufgenommen wurde, traten zwei Tage vor ihrer Aufnahme unter fieberhaften Erscheinungen über beiden Schienbeinen typische Erythemknoten auf, denen an der Klinik unter fortwährender Steigerung der Temperatur bis 39,8 immer mehr Knoten zunächst an den unteren und dann auch an den oberen Extremitäten folgten. Die Knoten verursachten der Kranken heftiges Brennen und waren bei Druck sehr schmerzhaft. Alle subjektiven Erscheinungen wurden durch die Anwendung nicht glycerinierter Gelatine beseitigt. Der Vortragende erörtert die verschiedene Indikation für die Anwendung des glycerinierten und nicht glycerinierten Gelatineverbandes, sowie die Vorteile der durchsichtigen Sublimatgelatine. (*Prag. Med. Wochenschr.* 1887. No. 9.)

Ungarn.

Dermato-syphilitische Litteratur 1887.

Ein Fall von syphilitischer Nekrose des Stirnbeins, von Dr. JOSEF MOLNÁR, Prim. und Direktor des allg. Krankenhauses in Csikszereda. (*Gyogyaszat.* 1887. No. 3.) J. F., 33 Jahre alt, lediger Tagelöhner, wurde am 1. Juni 1886 in das Spital aufgenommen. Der Kranke ist abgemagert, von kachektischem Aussehen. In der Mitte des Stirnbeins ist ein halbhandtellergroſser, aus mehreren unterminierten Geschwüren bestehender Substanzverlust, welcher stinkende Jauche entleert. Das Stirnbein ist entblöſst, rauh, porös. Im Rachen ein bohnengroſses, belegtes Geschwür. Die Lymphdrüsen des Halses und Nackens sind infiltriert. Am 8. Juni Entfernung des 8 cm groſsen runden Sequesters. Am Grunde der Lücke sieht man die mit Granulationen bedeckte Dura; man sieht die Pulsation des Gehirns. Es trat nun bald Erysipel auf, welches zu Abscessen der Kopfhaut führte. Nach 195tägiger chirurgischer und antisyphilitischer Behandlung (Jodkali, Sublimat) vollkommene Heilung.

Ein Fall von Urticaria haemorrhagica, vorgestellt von Prof. Dr. ERNST SCHWIMMER im ung. ärztlichen Verein zu Budapest. 1887. 15. Januar. (*Gyogyaszat.* 1887. No. 4.) Der ca. 40jährige Mann wurde schon vor 2 Jahren auf der Abtlg. Prof. SCHS. wegen Syphilis behandelt. Vor 2 Wochen

kam Pat. wieder auf die Abteilung. Auf der ganzen Hautoberfläche zeigten sich Quaddeln wie bei Urticaria, nur dafs sie ekchymosiert waren. Abends kamen die Quaddeln, verschwanden aber gröfstenteils bis zum Morgen; nur ein Teil blieb als Urticaria perstans beständig. Auch eine Urticaria factitia ist leicht beim Kranken hervorzurufen. Dieser Fall spricht für die Hypothese, dafs Urticaria eine Angioneurose ist.

Ein Fall von Epitheliom des Gesichtes bei einem 23jährigen Manne, vorgestellt im ärztlichen Verein zu Budapest von Dr. Samuel Róna. 1887. 22. Januar. (*Gyogyaszat.* 1887. No. 5.) Der Kranke kam vor 5 Wochen auf die Poliklinik R.s. Damals war unter dem rechten Augenlide eine sich bis auf den Nasenrücken erstreckende nagelgrofse, weifse feine Narbe, deren auf dem Nasenrücken sitzender Rand 3 hirsekorngrofse, mit seborrhöartiger Borke bedeckte seichte Substanzverluste zeigte, deren unterer Rand aus einer weizenkorngrofsen, mit feinen Gefäfschen durchzogenen, scharf begrenzten, fast knorpelharten, blafsrosafarbigen Infiltration bestand. Die Krankheit bestand schon seit 5 Jahren und fing mit einer hanfkorngrofsen Infiltration an, welche fortwährend ulcerierte, vernarbte und in der Peripherie weiterschritt. Das Gebilde wurde öfters geätzt, gebrannt, exstirpiert, aber an der Narbengrenze bildete sich immer von neuem eine Infiltration. Seit 4 Wochen exfoliierte sich die Infiltration des öftern, wenn man sie ihrem Verlaufe überliefs. Infolge dieser Erscheinungen konnte Lupus vulgaris, Lupus erythematosus und Syphilis ausgeschlossen werden. Die mikroskopische Untersuchung wird später mitgeteilt.

Heilwert des Xylol bei Blattern. Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Budapest von Dr. Josef Ötvös. 1887. 22. Januar. (*Gyogyaszat.* 1887. No. 5.) Vortragender verwandte dieses Mittel bei 315 Blatternkranken. Seine Erfahrungen zieht er in folgenden Punkten zusammen: 1. Die Pharynx- und Larynxerscheinungen verschwinden schnell, und die Kranken werden nicht so schnell schwach. 2. Der Inhalt der Blattern gerinnt bald. 3. Die Blattern konfluieren nicht. 4. Die Dekrustation geschieht leicht. 5. Narben sind kaum vorhanden. 6. Mäfsige allgemeine Anästhesie (?) tritt ein. 7. Die Verdauung wird nicht gestört. 8. Angenehme Desodoration kommt zustande, 9. Die Mortalität verringert sich in hohem Grade. — Und alle diese schönen Erfolge hat man einer 3 %igen Xylollösung zu verdanken!! Ötvös gab Xylol auch in Wein oder Himbeersirup. Die Kranken nahmen täglich 2—3 g Xylol.

An der Diskussion nahmen Prof. Schwimmer, Dr. Szèkács, Dr. Havas, Dr. Róna und Dr. Gyurmann teil.

Schwimmer hat mit Xylol keine Erfolge erzielt. Auch vom Acid. salicyl. sah er keine Wirkung. Dagegen war er mit Natr. salicyl. zufrieden. Wenn man von guten Erfolgen spricht, mufs man in Betracht ziehen, ob der Kranke geimpft war. Variola haemorrhagica ist fast immer tödlich.

Xylol ist kein besseres Antiseptikum, als Karbol, Salicyl oder Jodoform, und doch hat es nur bei lokaler Applikation bessern Erfolg. Er zweifelt daran, dafs die Rachen- und Kehlkopfbeschwerden durch Xylol gehoben worden sind. Im Stadium Suppurationis ist der Zustand des Kranken am schwersten; wenn er das überlebt, befindet er sich schon auf dem Wege der Besserung; deshalb zweifelt er, dafs Xylol diese Besserung zu stande gebracht hat. Durch die lokale Anwendung hat man auf die Pustulation nur dann Einflufs üben können, wenn die Pasten noch vor der Pustulation, also im Knötchenstadium, appliziert worden sind. Vortragender erwähnte, dafs er 37 Fälle von Variola haemorrhagica gesehen hat. Sch. könne das nur für einen Zufall halten, da er während 20 Jahren nicht so viel gesehen hat. Er sah ca. 2 auf 200 Variola. Variola vera mit Bluterguſs in die Pusteln ist nicht identisch mit Variola haemorrhagica (muſs ein Lapsus linguae sein; offenbar wollte Schwimmer Purpura variolosa sagen. Ref.). Die letztere Form ist absolut tödlich. Er fragt noch, wie viele geimpft und wie viele nicht geimpft waren Denn den guten Einflufs der Vaccination kann nichts ersetzen.

Dr. Székács widerlegt durch praktisch-theoretische Folgerungen die Hypothese, dafs der Erfolg Ötvös' auf Gerinnung des Eiweifses in den Pusteln beruhe. Variola confluens kommt dort zu stande, wo viele Blattern neben einander sind, wo aber wenige sind, konfluieren die Blattern nicht. Wenn also durch Xylol eine Verhinderung der Konfluation zu erwarten ist, müfste nach derselben Theorie Ötvös' die Verhinderung der Blatterneffloreszenzen überhaupt stattfinden können.

Dr. Havas bemerkt, dafs Narbe nur dann entsteht, wenn die Entzündung auf das Corpus papillare übergeht; das hängt davon ab, wie weit der Eiter dringt; wenn er auch das Corpus papillare erreicht, kommt Narbe zu stande.

Dr. Róna bestreitet die Möglichkeit, dafs Ötvös in den entblöfsten Pusteln eine durch Xylolwirkung hervorgerufene Eiweifsgerinnung konstatieren konnte und bemerkt, dafs der Eiter im vorgeschrittenen Suppurationsstadium ohne jede medikamentöse Einwirkung dick wird, und diese Beschaffenheit des Eiters — so auch der sogenannten Pyogenmembran der Blatternpustel — diese Täuschung hervorrief. Was den Wert der medikamentösen Paste anbelangt, behauptet R., dafs wir durch sie die Narbenbildung nicht verhindern können, wo Substanzverluste des Coriums vorhanden sind. Pasten können nur eine schönere, glattere Narbenbildung be fördern. Auch er ist Schwimmers Ansicht, dafs Purpura variolosa relativ selten vorkommt. R. hat während $1^1/_2$jähr. Dienstzeit auf Schwimmers Blatternabteilung 4 Fälle gesehen, die alle in einigen bis 24 Stunden letal endigten. Es gehört überhaupt eine grofse Übung dazu, um Purpura variolosa in allen Fällen und gleich zu diagnostizieren.

Dr. Gyurmann unterschreibt Szekács' Erörterungen und stimmt auch Róna bei, dafs Purpura variolosa selten vorkommt. Unter 394 Fällen hatte er 6 Fälle beobachtet. Auf die (im *Gyogyaszat* nicht referierte) Behauptung

Havas', dafs Narben dort entstehen, wo die Epidermisschichten in dicken Lagen aufliegen, weil der Eiter nicht durchbrechen kann, bemerkt er, dafs eben an solchen Stellen (Handteller, Fufssohle) keine Narben entstehen.

Budapest. Róna.

England.

Hautflecke. Bei der Untersuchung eines Herrn, der seit langer Zeit an Syphilis gelitten hatte, fand Hutchinson über dem Schienbein eine bohnengrofse, nahe beieinander liegende Gruppe gelber Flecke. Auffallend war die Farbe derselben. Sie waren kaum erhaben zu nennen und schilferten nur wenig ab; sie breiteten sich nach der Peripherie aus mit Hinterlassung einer dünnen Narbe. Am andren Bein befand sich in der entsprechenden Gegend eine ähnliche Gruppe von Narben, deren Farbe aber nicht gelb, sondern livid und dunkel war, die Farbe wechselt zwischen zitronengelb und dunkelbraun. H. glaubt, dafs alle Beobachter solche Fälle gesehen haben, findet jedoch nirgends eine Beschreibung derselben. Man findet dieselben meistens, doch nicht ausschliefslich, bei Syphilitischen. H. glaubt, dafs sie lupösen Charakters und wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs (!?!) seien. (*British Med. Journal.* Juli 24. 1886.)

Sodann erwähnt H. einen 24.-jähr. nervösen, bisweilen an Dyspepsie leidenden Herrn, der vor 10 Jahren nach einer starken Erkältung von **Erysipel** befallen wurde. Sechs Jahr später verrenkte sich derselbe einen Knöchel, die verletzte Stelle rieb er mit Arnika ein; gleich darauf stellte sich ein Erysipel des Unterschenkels ein. Im nächsten Jahre verrenkte er sich den andren Knöchel, vermied die Arnikaeinreibung, bekam jedoch wiederum ein Erysipel, an das sich noch ein hartnäckiges Ekzem der Oberschenkel und des Skrotums anschlofs. Im Oktober 1883, nachdem sich der Pat. wiederum eine Erkältung beim Bicyclefahren zugezogen hatte, wurde er abermals von einem Erysipel und zwar des Gesichts heimgesucht und ist seitdem dasselbe bei der geringsten Erkältung immer wiedergekehrt.

Der Ausschlag, bei dem das Ödem mehr ausgesprochen war als die Rötung, ist nicht von Temperatursteigerungen begleitet, überzieht die ganze Kopfhaut, zeigt keine Bläschenbildung, hinterläfst aber eine Spannung und Abschilferung. Die Attaken lassen gewöhnlich nach einigen Tagen nach, dennoch ist das Allgemeinbefinden intensiv genug herabgesetzt, um den Patienten für 2—3 Wochen an das Haus zu fesseln. In diesem Jahre noch ist Patient wiederum von dieser Affektion heimgesucht worden. Gewöhnlich erscheint sie nur im Frühling und Herbst. Pat. hat Arsenik 15 Monate ang ohne Erfolg genommen. (Ebenda).

Jackson. **Tuberkulöses Geschwür der Zunge.** (*Lancet.* 1886. Sept. 4.) Die Patientin, deren Schwester an Tuberkulose gestorben, leidet

selbst an Phthisis beider Spitzen. Vor 6 Monaten bemerkte sie ein am vorderen Rande der Zunge liegendes hartes Knötchen. Von einem Insulte wufste Pat. nichts, die Zähne waren vollkommen intakt. Als sie sich bei J. vorstellte, fand derselbe am Zungenrande ein horizontal liegendes 1 cm langes ovales Geschwür, dessen Boden grau und höckerig und dessen Ränder unterminiert waren. In der Nachbarschaft waren weder Induration, noch Knötchen, noch kleine Geschwüre oder geschwollene Drüsen zu finden. Am 22. April schnitt J. ein $1^1/_4$ cm breites Stück des Zungengeschwüres heraus und vereinigte die Ränder der Wunde durch die Naht. Am 26. April wurden die Suturen entfernt und am 4. Mai wurde die Pat. mit einer ganz schmerzlosen Narbe als geheilt entlassen. Bei der mikroskopischen Untersuchung (H. Gibbes) wurden typische Tuberkel und auch Riesenzellen gefunden. In den Zellen der Tuberkel wurde die Anwesenheit von Tuberkelbacillen konstatiert, in den Riesenzellen fehlten dieselben.

Patteson. **Erythema nodosum und Rheumatismus.** (*Lancet.* 1886. Juli 31.) Am 26. April wachte die Patientin, ein bisher ganz gesundes Dienstmädchen, mit Schmerzen in den Beinen und schmerzhaften Stellen am den Unterschenkeln auf. Am 25. April wurde sie durch die in den Knöcheln, Handgelenken und Knieen (in diesen trat auch Exsudation auf) entstandenen Schmerzen arbeitsunfähig. Keine Fiebersymptome. Es wurde ihr Bettruhe und Natr. salicyl. (0,5 dreistündlich) verordnet. Am 29. April starke Schweifse, Temperatur normal. Am 1. Mai waren sämtliche Flecke bis auf schwache Andeutungen verschwunden, desgleichen waren Schmerz und Schwellung gewichen. Fünf Tage später fand ein Nachschub statt der auf dieselbe Weise vorüberging.

Sublimatinjektionen gegen Syphilis. Obwohl die Injektionsmethode bei Syphilis eine allgemeine Anerkennung auf dem Festlande gefunden, hat sie sich auf den britischen Inseln gar nicht einzubürgern verstanden wegen der unüberwindlichen Abneigung von seiten der Patienten gegen dieselbe. Als sie vor 10 Jahren in hiesiger Klinik eingeführt wurde, verschwanden die Kranken gewöhnlich schon nach der ersten Injektion, während auf der syphilitischen Abteilung des Edinburger Spitals eines drohenden Aufruhrs wegen zur früheren Behandlung zurückgegriffen werden mufste. Blosam (*Lancet.* August 21. 1886) hat jedoch im Lock (venerischen) Spital zu London während der letzten $1^1/_2$ Jahre 1500 Fälle mit Sublimatinjektionen behandelt. Er spritzte einmal wöchentlich 0,02 Sublimat in wässeriger Lösung ein. Bei diesen Dosen dauerte die Behandlung gewöhnlich ca. 12 Monate. Nach Aufsaugen der Flüssigkeit in die Spritze wischt er sorgsam die Nadel ab, damit die Haut an der Einstichstelle durch das $HgCl_2$ nicht gereizt werde.

Bei sämtlichen so behandelten Kranken entstand nur einmal ein Abscefs, der dadurch veranlafst wurde, dafs die Lösung in das über dem

Trochanter befindliche subkutane Gewebe anstatt in die Glutaeussubstanz eingespritzt wurde.

Manchester. Brooke.

Frankreich.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Tome VII. No. 11 und 12. (25. Novbr. und 25. Dezbr. 1886.)

Paul Spillmann (Nancy). **Über die auf syphilitischer Basis entstandenen Aneurysmen der Hirnarterien.** Die Zusammenstellung von 2 eignen und 12 fremden Beobachtungen führt den Verf. zu folgenden Schlufsfolgerungen: 1. Auf syphilitischer Basis entstandene Aneurysmen der Hirnarterien kommen nicht gerade selten vor. 2. Dieselben sind bisher vorzugsweise an den A. a. basilar. u. foss. Sylv. beobachtet. 3. Ihr Ausgang pflegt fast stets die Ruptur des Gefäfsrohrs zu sein; der Symptomenkomplex einer meningealen Hämorrhagie geht dem Tode voraus. 4. Diese Aneurysmen entstehen meistens in Fällen alter Syphilis; zuweilen jedoch auch bereits früh, einige Monate nach der Ansteckung. 5. Eine ungenügende oder gar ganz unterbliebene Behandlung der Syphilis prädisponiert zum Auftreten der in Rede stehenden Veränderungen in den Hirngefäfsen. 6. Die Arteritis cerebralis syphilitica erfordert ein schnelles und energisches ärztliches Einschreiten.

In des Verfs. eignen Fällen trat Exitus letalis einmal 11 Monate nach der Ansteckung infolge eines Aneurysmas der Basilar-Arterie, einmal 8 Monate nach der Ansteckung infolge eines Aneurysmas des Hexagonum Willisii ein.

P. Hamonic setzt seine historischen Untersuchungen **über die venerischen Krankheiten der Hebräer der biblischen Zeit** fort.

Referiert sind in Heft 11 folgende Arbeiten der deutschen Fachlitteratur: Boeck, Einige Beobachtungen über Lichen ruber in Norwegen (Diese *Monatshefte.* Oktbr. 1886). Weyl, Bemerkungen zum Lichen planus (*Deutsche med. Wochenschr.* 1886. No. 36); Touton, Kasuistisches zum Lichen rub. plan. Haut und Schleimhaut (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1886. No. 23.)

Heft 12 wird durch **Neue Vorlesungen über kutane Affektionen neurotischen Ursprungs** von Henri Leloir eingeleitet.

Von einem interessanten, sehr genau beschriebenen und analysierten Krankheitsfall ausgehend, gibt L. einen kurzen Überblick über das Gesamtgebiet der Dermatoneurosen, für welches er eine Klassifikation in 2 Hauptklassen mit entsprechenden Unterabteilungen vorschlägt: Dermatoneuroses „cum materia", d. h. mit nachweisbarem pathol.-anatomischen Substrat, und Dermatoneuroses „sine materia" — Dermatoneurosen im Anschlufs an funk-

tionelle Veränderungen des peripherischen oder zentralen Nervensystems mit bisher unbekanntem pathol.-anatom. Substrat.

Was nun L.s Krankheitsfall selber anbelangt, so handelt es sich um einen Mann, bei dem nach einer schweren Verletzung des linken Unterschenkels (Comminativ-Fraktur im untern Drittel) pes equinus sich ausgebildet hatte und zugleich eine lamellöse Hautabschuppung entstanden war. Dann folgen 47 Jahre relativen Wohlbefindens. 1881 — Pat. ist jetzt 51 Jahre alt — Ödem des Unterschenkels und Fufses, anfänglich nur im Laufe des Tages während der Arbeit auftretend, später dauernd vorhanden. Zunahme der Hautabschuppung. Unterhalb einer, etwa die Mitte der Tibia deckenden Kallosität findet sich eine Ulceration („eine Art von mal perforant"), die nach 2 Jahren heilt. 1884 oberflächliche, aber ausgedehnte Verbrennung des kranken Unterschenkels, der seitdem ein elephantiastisches Aussehen annimmt. Die papillomatös veränderte Haut ist mit Krusten bedeckt. An der Planta pedis trotz fast absoluter Ruhe eine beträchtliche Hyperkeratinisation; aufserdem Veränderungen an den Nägeln. Gleichzeitig blitzartig durchschiefsende Schmerzen und klonische Zuckungen im Bereich der Unterschenkelmuskeln; keine nachweisbare Anästhesie. Am andren Unterschenkel nichts Abnormes. Leloirs Diagnose lautete: Kutane und subkutane trophische Störungen, als deren Ursache wahrscheinlich Neuritiden anzusehen sind, welche ihrerseits im Gefolge der lange und wiederholt auf das Glied einwirkenden Reizungen sich entwickelt haben. — Am 20. November 1884 Amputation einige cm unterhalb des Kniegelenks. Vollkommene Vernarbung und Bildung eines sehr guten Stumpfs innerhalb von 2 Monaten. — Die anatomische Untersuchung der abgesetzten Extremität zeigt an der Haut die bekannten Charaktere der Elephantiasis nostras, ferner hochgradige Muskelatrophie mit etwas Myositis interstitialis und fettiger Entartung der Muskelfasern, endlich eine interstitielle und parenchymatöse Neuritis sämtlicher Unterschenkelnerven, die um so ausgesprochener ist, je mehr man sich dem untern Drittel des Gliedes nähert. Aber selbst noch an den im Niveau der Amputationsfläche gelegenen Nervenabschnitten wird ein leichter Grad von Neuritis und Perineuritis konstatiert. Die Untersuchung der erkrankten Nerven ergibt übrigens, dafs nicht alle Nervenfasern zu Grunde gegangen, sondern von 10 Fasern etwa 2—6 mehr oder weniger degeneriert sind. 4 Abbildungen (nach Osmiumpräparaten) erläutern die Beschreibung der an den Nerven beobachteten Veränderungen. — Ende Januar 1885 zeigt sich an dem Amputationsstumpf eine ekzematöse Stelle, die sich allmählich ausbreitet und schliefslich die ganze Hautdecke des Stumpfs okkupiert. Zugleich wird eine leicht cyanotische Färbung und eine mäfsige ödematöse Schwellung dieser Hautpartie bemerkbar. Bald darauf entsteht in der Mitte des Stumpfs eine kleine Ulceration mit etwas kallösen Rändern, deren Aussehen an ein „mal perforant" erinnert. Gewisse Störungen in der Funktion der sensiblen wie der motorischen Nerven des Oberschenkels machen sich geltend. — Aber auch an der rechten, bis dahin gesunden untern Extremität

treten jetzt zeitweise blitzartig durchschiefsende Schmerzen, fibrilläre Muskelzuckungen, klonische Konvulsionen, Muskelatrophie auf. Ferner erscheinen an der Haut des rechten Fufses und Unterschenkels „unzweideutige" trophische Störungen, nämlich eine Art von Ichthyosis serpentina, Hyperkeratinisation mit Bildung von Kallositäten, besonders an der planta pedis, Veränderungen an den Nägeln etc. Vom Oktbr. 1885 bis Jan. 1886 blitzartig durchschiefsende Schmerzen und unwillkürliche Muskelkontraktionen auch in den obern Extremitäten. Vom März 1886 an unter geeigneter „spinaler" Behandlung und besonders auch dem Gebrauch von Jodkali fortschreitende Besserung sämtlicher Erscheinungen. Seit Mai 1886 vollkommene Wiederherstellung. Bis Dezember 1886 kein Recidiv.

Die Pathogenese des im vorstehenden skizzierten Krankheitsfalls erklärt Leloir in der Weise, dafs infolge der erlittenen Verletzungen peripherische Neuritiden entstanden seien, die allmählich bis auf den dorsolumbalen Teil des Rückenmarks fortsetzten und in ihrer ascendierenden Tendenz, kurz ehe der definitive Stillstand des Prozesses eintrat, sogar den Cervikal-Teil der Medulla spinalis in Mitleidenschaft zu ziehen drohte. Die an dem Patienten beobachteten Hautaffektionen seien geradezu typisch als Produkt einer Rückenmarksläsion, die erst sekundär im Gefolge einer Erkrankung der peripherischen Nerven sich entwickelt habe.

Die betreffenden Dermatosen bleiben anfänglich in dem Gebiete des oder der alterierten Nerven lokalisiert, können sich dann aber auf das Hautgebiet andrer Zweige, resp. des ganzen zugehörigen Plexus oder — als Ausdruck des mitbeteiligten Rückenmarks — auf die Haut des korrespondierenden Körperteils ausbreiten. Wenn schliefslich umfangreichere Partien des Rückenmarks erkrankt sind, kann es, durch Verwickelung der in ihnen enthaltenen „trophischen Zentren", zu Veränderungen an noch andern Hautabschnitten kommen. — Meistens sind die in Rede stehenden Hautaffektionen von Muskelatrophien begleitet. Daneben bestehen andre, durch die Rückenmarkserkrankung genügend erklärte Symptome: blitzartig durchschiefsende Schmerzen, Muskelzuckungen, Sensibilitätsstörungen, Abweichungen in den Sehnenreflexen etc. Alle diese Erscheinungen folgen in der Regel der primären Nervenverletzung erst nach Monaten oder selbst nach Jahren. Vasomotorische Phänomene — Rötung, Cyanose, Temperaturänderung, Ödeme, Purpura — gehen dem Auftreten der neurotischen Dermatosen voraus, begleiten dieselben oder folgen ihnen. Veränderungen an den Nägeln, sowie bezüglich der Drüsensekretionen sind gleichfalls häufig zu beobachten.

Trousseau. **Beitrag zum Studium der hereditären Syphilis des Auges.** In 14 Fällen von interstitieller Keratitis konnte 12 mal der hereditär-syphilitische Ursprung festgestellt werden. (Ähnlich Rabl in *Sitzungs-Berichte der K. K. Gesellsch. der Ärzte in Wien. Deutsche med. Wochenschr.* 1887. No. 9. S. 184. — Ref.) Folgt die Beschreibung eines durch spezifische Behandlung geheilten Falls von Iritis gummosa bei einem

17jährigen Patienten, dem vorher auf Grund der irrtümlichen Diagnose: „Iristuberkulose“ seitens zweier Ophthalmologen die Emukleation vorgeschlagen war. — Ein Mädchen (Alter nicht angegeben Ref.), das infolge von Glaskörpertrübungen auf beiden Augen fast erblindet ist, wird durch eine versuchsweise eingeleitete antisyphilitische Behandlung gleichfalls vollkommen geheilt. Der Vater des Kindes hatte, wie sich erst später herausstellte, 3½ Jahre vor der Geburt des Kindes an einem Geschwür am Penis gelitten und damals eine 6—7monatliche Pillenkur durchgemacht. — Der letzte Fall T.s endlich betrifft einen jungen Mann von 22 Jahren, der an doppelseitiger Pupillenatrophie litt. Sehschärfe r. 1/10, l. 1/8. Die Mutter des Kranken war von einem Haltekind, dem sie die Brust gegeben hatte, angesteckt, Pat. selbst in seiner Kindheit an kongenitaler Lues behandelt. Die von T. eingeleitete Therapie bestand in der Verordnung von Jodkali und Quecksilberpillen, sowie in der Applikation des konstanten Stroms. Nach einigen Monaten Besserung der Sehschärfe bis zu 1/3 r. und 1/2 l.

L. Jaquet berichtet über folgende Beobachtung: Ein 30jähriger Mann hatte auf ärztliche Verordnung wegen Kreuz- und Kopfschmerzen 11 Tage lang 2 mal täglich einen Eßlöffel einer Arznei gebraucht, in der 8 Dezigr. Jodkali und 1 g Bromkali pro Eßlöffel enthalten waren. Dann Auftreten eines papulo-pustulösen Exanthems, zuerst an der Brust, später auch am Rücken und Gesicht. Der Arzneigebrauch wurde nunmehr ausgesetzt und der Hautausschlag im Hospital Beaujon, in das Pat. sich aufnehmen ließ, mit Jodoform- (!) pulver und Kataplasmen behandelt. Unter dieser Behandlung bildeten sich täglich neue Eruptionen, während die bereits vorhandenen an Umfang zunahmen. Am 10. September wird Pat. ins Hospital St. Louis transferiert. Hier findet man neben papulo-pustulösen Effloreszenzen von Erbsen- bis Haselnußgröße sämtliche Tumoren im Umfang eines Centimes-Stücks, die das Hautniveau um ca. ½ cm überragen, und zwar hat das Exanthem außer an den bereits erwähnten Körperstellen jetzt auch an der behaarten Kopfhaut und am Nacken seinen Sitz. Unter dem Gebrauch von Borvaseline beginnen die erkrankten Hautstellen sich zur Norm zu restituieren. Vom 1.—7. Oktbr. schubweises Auftreten eines bullösen Ausschlags, der sich ausschließlich an den Partien lokalisiert, an welchen die Haut durch die im Abheilen begriffene ältere Exanthemform noch alteriert ist. Am 15. Oktober konnte Pat. als geheilt mit rotbraunen, etwas vertieften, stark vaskularisierten Narben entlassen werden.

Nach Bkocqs Diagnose, der sich Verf. anschließt, handelt es sich in dem vorliegenden Falle um ein **Bromexanthem.** Ob auch die Anfang Oktbr. beobachtete pemphigoide Erkrankung auf die Bromausscheidung bezogen werden dürfe, läßt Verf. dahingestellt.

Referiert sind in Heft 12 folgende Arbeiten der deutschen Litteratur: Schweninger, Bemerkungen über Ekzeme und deren diätetische Behandlung. (*Charité-Annalen.* 1886. Bd. XI); Derselbe, Notiz über Ichthyol (Ebenda);

Stern, Wirkung des Lanolins bei Hautkrankheiten (*Deutsche med. Wochenschr.* 1886. No. 15).

Königsberg i. Pr. P. Michelson.

Verschiedenes.

In der Sitzung der Pariser Akademie der Medizin vom 8. Februar 1887 sprach Olliver über **„die Area Celsi und der Schulbesuch"**. Er geht von der Thatsache aus, dafs die Schulbehörde den Dermatologen vorausgeeilt sei, indem sie die Kontagiosität der Alopecia circumscripta als bewiesen und als zweifellos angenommen, so zwar, dafs heute jedes Kind mitleidslos vom Schulbesuch ausgeschlossen wird, welches kahle Flecke auf dem Kopfe aufweist. O. ist nun der Ansicht, dafs weder die Frage der Kontagiosität noch die der Ätiologie der Area Celsi genügend gelöst sei, um eine so harte Mafsregel zu rechtfertigen. Er untersucht die Frage der Kontagiosität nach seinen eignen Beobachtungen näher und kommt zu dem Resultat, dafs eine solche Kontagiosität der Alopecia circumscripta nicht anzunehmen sei. O. hat u. a. Kinder, die mit dieser Krankheit behaftet waren, unter andre Kranke gelegt, ohne dafs ein einziger sich infizierte.

Bei den Versuchen, bei denen es gelang, Mäuse zu enthaaren, hält O. die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, dafs man bei Infektion der Mäuse eine Mykosis tonsurans übergeimpft habe. Wohl aber konstatierte O. in 30 von 100 Fällen als offenbare Ursache des Leidens deutlich nachweisbare nervöse Einflüsse, beruhend auf Verwundung, Gemütsbewegung, Schrecken, Sorge und Kummer, geistige Überarbeitung, nervöse Taubheit, Veitstanz, allgemeine Lähmung etc.

Jenen Experimenten mit den Mäusen stehen die von M. Joseph-Berlin an Kaninchen ausgeführten[1] gegenüber. Er erzeugte an diesen ohne jede Infektion und Impfung eine deutliche Area Celsi, indem er den hinteren Ast des 2. Cervikalnerven dicht hinter dem Ganglion durchschnitt. Vom 5.—6. Tage an entwickelte sich bei 5 in dieser Weise operierten Tieren an der Grenze der Ohr- und Kopfhaut ein runder oder ovaler, von Haaren entblöfster Fleck, in dessen Nachbarschaft etwas später ähnliche Flecke auftauchten. Hiernach kann man mit vollem Recht diese Läsion der Alopecia circumscripta gleichstellen und den Schlufs ziehen, dafs es sich dabei um trophische Störungen handelt.

O. hat Kindern, trotzdem sie mit dem Leiden behaftet waren, Zeugnisse ausgestellt, wonach sie zum Schulbesuch zugelassen wurden, und es ist ihm bisher kein Fall von Ansteckung durch diese Kinder bekannt geworden.

[1] *Monatshefte f. pr. Dermat.* 1886. pag. 483.

Internationaler medizinischer Kongreſs in Washington 1887.

Im Anschlusse an die im vorigen Hefte über den Kongreſs gegebenen Notizen und zugleich als Antwort auf verschiedene Anfragen sei folgendes erwähnt.

Die 6. Sektionssitzungen finden täglich nachmittags statt von Montag den 5. bis Sonnabend den 10. September.

Die Reise von New York nach Philadelphia dauert $2^1/_4$ Stunden, von Philadelphia nach Washington 4 Stunden, der durchgehende Zug von New York nach Washington 6 Stunden.

Feste Hotelpreise in Washington werden später vom Kongreſs bestimmt. Ungefähr kann man 3 $ pro Tag rechnen, mithin etwa 150 $ = 600 ℳ für die ganze Reise bei 14tägigem Aufenthalt in den Vereinigten Staaten und 2—6 Wochen Zeitaufwand.

Es werden Exkursionen für die Kongreſsmitglieder nach den interessantesten Punkten der Vereinigten Staaten geplant. Eine gemeinschaftliche Exkursion der Dermatologen ist vom Unterzeichneten in Vorschlag gebracht worden. Genaue Bestimmungen werden in der Junisitzung des Exekutiv-Komitees getroffen werden.

Homöopathen, wie alle nicht regulären Ärzte, sind vom Besuch des Kongresses ausgeschloſsen.

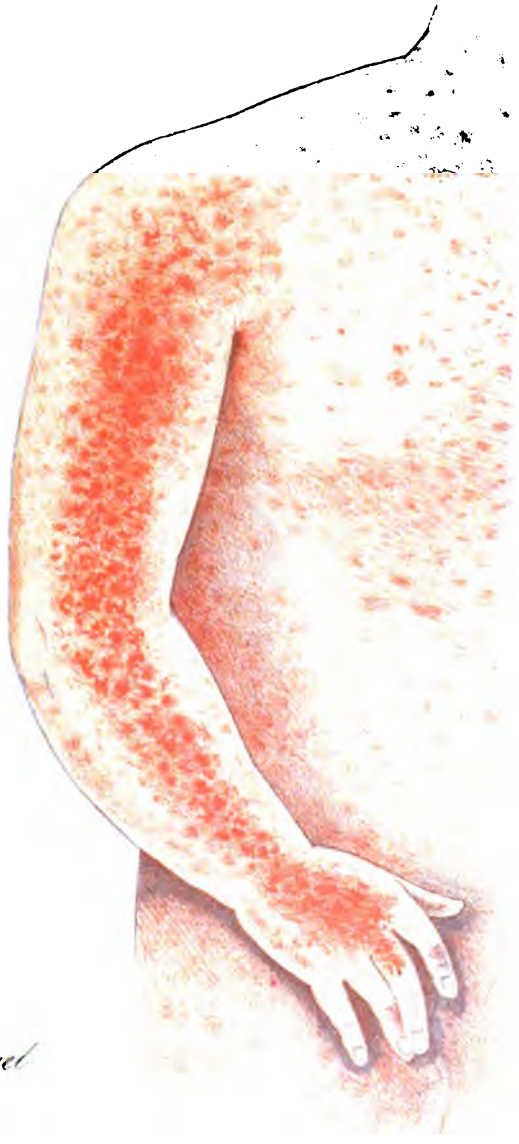
Fast zu gleicher Zeit mit dem Kongresse wird die **American Dermatological Association** tagen, nämlich am Mittwoch, Donnerstag und Freitag, den 31. August, 1. und 2. September in Baltimore, unter dem Präsidium Dr. Piffards. Es ist daher allen europäischen Dermatologen zu raten, bereits einige Tage früher, also am 17. Aug., von Hamburg abzureisen, um diese günstige Gelegenheit, unsre amerikanischen Kollegen persönlich kennen zu lernen, nicht vorüber gehen zu lassen.

Hoffen wir, daſs beim Beginn des „internationalen“ Kongresses die kleinlichen, intranationalen Spaltungen, für die niemand von uns Cisatlantikern das geringste Interesse hat, soweit ausgeglichen sind, daſs der deutsche Dermatologe sich im Kreise der American Dermatological Association ebenso gemütlich fühlen kann, wie in dem der dermatologischen Sektion des internationalen Kongresses.

Unna.

Unser italienischer Korrespondent, Herr Prof. Tommasoli benachrichtigt uns, daſs der, wie in No. 5 der *Monatshefte* gemeldet, für den April in Rom in Aussicht genommene **italienische dermatologische Kongreſs** verschoben wurde und im September in Pavia abgehalten werden wird.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.



Dr. Michael
del 31/3 83.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (u. Leipzig.)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 9. 1. Mai 1887.

Mitteilungen über Lepra.

Nach in Brasilien gemachten Beobachtungen.

Von

Dr. Adolph Lutz

in Limeira (Brasilien).

Als ich mich vor ca. sechs Jahren auf eine ärztliche Praxis in den Tropen vorbereitete, wandte ich meine Aufmerksamkeit u. a. auch der Lepra zu. Zwar war gerade über diesen Gegenstand in der mir zugänglichen Litteratur mehr zu finden, als über andre — nicht nur aufserdeutsche, sondern auch aufsereuropäische — Affektionen, welche leider in den meisten Handbüchern höchst stiefmütterlich behandelt, wo nicht ganz übergangen werden; immerhin wäre es mir blofs auf Grund jener Beschreibungen nicht leicht gewesen, im konkreten Falle die so wichtige Entscheidung: „Lepra oder nicht Lepra?“ zu treffen. Und doch ist diese Frage nicht nur für den Patienten oft von gröfster Wichtigkeit, sondern sie setzt auch den Arzt der Beschämung aus, bei — vielleicht nur gerade in diesem Punkte — ungenügenden Kenntnissen von diesbezüglich mehr erfahrenen Laien eines Irrtums überwiesen zu werden.[1] Glücklicherweise bot sich mir in London im Royal College of Surgeons die vorzüglichste Gelegenheit, an der Hand der herrlichen Wachspräparate desselben mir ein allgemeines Bild dieses vielgestaltigen Krankheitsprozesses einzuprägen. Dieses vorzügliche Hilfsmittel,

[1] In der That hatte ich öfters Gelegenheit, die Richtigkeit der Vermutung von Laien, trotz formeller gegenteiliger Erklärungen von ärztlicher Seite, zu konstatieren.

welches bei wirklich guter Beschaffenheit einem mittelmäfsigen Krankenmaterial vorzuziehen ist, war damals und ist, wenn ich nicht irre, noch heute in Deutschland für die Dermatologie ganz ungebräuchlich, und wenn auch in Wien und Paris — an letzterem Orte in sehr anerkennenswerter Weise — kultiviert, doch nicht auf demselben Grade der Vollendung angelangt, wie in London.

So vorbereitet und indem ich den Gedanken an Lepra stets gegenwärtig hatte, gelang es mir nicht nur die ersten vorkommenden Fälle sogleich zu erkennen, sondern auch nach und nach für wenig ausgesprochene oder ungewöhnliche Symptome das richtige Verständnis zu gewinnen, so dafs ich jetzt bereits über mehrere Beobachtungen der ersten Stadien verfüge, in welchen die Krankheit hier zu Lande nur ganz ausnahmsweise erkannt wird. Mein Material unterscheidet sich daher in dieser Beziehung bedeutend von demjenigen der Leprahospitäler, wohin die Kranken meist erst nach jahrelanger Dauer ihres Leidens dirigiert werden.

Man wird sich vielleicht wundern, dafs ich nicht diese Spitäler, speziell das Lepraasyl in Rio de Janeiro zu meinem Studium benutzte; ich mufs deshalb zu meiner Entschuldigung anführen, dafs dasselbe zur Zeit meiner Anwesenheit kaum dem Namen nach bekannt war. Niemand konnte über dasselbe Auskunft geben; man bezweifelte, dafs es überhaupt zugänglich und als Hospital eingerichtet sei. Es erklärt sich dies durch seine beabsichtigte Abgelegenheit und Abschliefsung nach aufsen, die allgemeine Furcht vor Ansteckung und die — sehr zum Schaden der Patienten — selbst in ärztlichen Kreisen herrschende Meinung, dafs die Krankheit in der Hauptstadt selbst nicht auftrete. Diese Gründe, im Verein mit dem Andrange der verschiedensten, teils sachlichen, teils sprachlichen Studien, hielten mich damals ab, ein Material zu benutzen, das ich heute wegen seiner Reichhaltigkeit jedem Fachgenossen empfehlen kann. Als ich vor kurzem Gelegenheit hatte, das Versäumte nachzuholen, erfuhr ich aus dem Munde des jetzigen, sehr zuvorkommenden Anstaltsarztes, Dr. Azevedo Lima, dafs zu seinem Bedauern das Asyl nur wenig, namentlich aber von Fachleuten fast gar nicht besucht werde. Auch die Studenten ziehen aus dem naheliegenden Material fast gar keinen

Nutzen, und da eine ähnliche Gelegenheit, Syphilis zu studieren, nicht existiert, so sind sie später auch kaum in der Lage, die beiden Krankheiten unterscheiden zu können.

Da ich mir die Aufgabe gestellt hatte, der Redaktion und den Lesern dieses Blattes eine anspruchslose Mitteilung über Vorkommen und Verlauf der Lepra in meinem Wirkungskreise zu machen, natürlich ohne den Gegenstand erschöpfen zu wollen, so benutzte ich die Gelegenheit meiner Durchreise, um die Leproserien in Rio und São Paulo zu besuchen, wobei ich ca. 80 Patienten zu Gesicht bekam. Der ärztliche Leiter der ersteren hatte die Güte, auf meinen Wunsch einen Teil der Mitteilungen, die er mir bei meinem einzigen, allerdings sehr lange dauernden und gründlichen Besuche machte, selbst in einer Notiz zusammenzufassen und später auch die Beobachtungen an den Gesichts-, Gehör- und Geruchsorganen seiner Patienten zu sammeln. Beide Abhandlungen wird der Leser in dieser Zeitschrift in einer getreuen Übersetzung später finden.

Aufser den erwähnten, jeweilen nur einmal untersuchten, habe ich noch 21 Leprapatienten in meiner Privatpraxis beobachtet, die sämtlich der Provinz São Paulo, meistens der Umgegend von Limeira angehören und die zum Teil längere Zeit in Beobachtung standen. Dazu kommt noch ein halbes Dutzend teils in Deutschland, teils in New York gesehener Fälle, wovon ich einen kürzere, den andren längere Zeit hindurch ganz genau verfolgte. Der vielen Strafsenbettler, die oft die höchsten Grade der Krankheit an Gesicht und Händen zeigen, will ich nur nebenbei gedenken.

Durch dieses Material, im Verein mit zahlreichen mündlichen Informationen und aus der Litteratur verschiedener Sprachen geschöpften Kenntnisse, glaube ich mir einen die wichtigsten Erscheinungen umfassenden Begriff von den klinisch interessanten Verhältnissen dieser Krankheit erworben zu haben. Es kann aber natürlich mein Zweck nicht sein, bereits allgemein Bekanntes und in leicht zugänglichen Darstellungen (s. z. B. die Handbücher von Hebra und Kaposi, Ziemssen (Neisser), Hirsch etc.) Enthaltenes zu wiederholen; vielmehr möchte ich verschiedene weniger bekannte und berücksichtigte Erscheinungen erwähnen und zu andern, zwar viel besprochenen, aber doch nicht erledigten Fragen

etwas Material beisteuern. Dabei sollen, soweit es mir das vorliegende, allerdings sehr dürftige Material gestattet, die lokalen Verhältnisse besondere Berücksichtigung finden.

Verbreitung. So weit ich beurteilen kann, ist die Lepra in ganz Brasilien zu finden, wenn sie auch nach HIRSCH in Maranhão und Rio Grande seltener sein soll. Indessen finde ich in einer politischen Zeitung allein aus der kleinen Hauptstadt der erstern Provinz in einem Jahre 14 Todesfälle angegeben, was bei der geringen Mortalitätsziffer der Lepra doch auf eine ziemliche Verbreitung schliefsen läfst, selbst wenn das Material aus weiteren Kreisen stammt; bei Rio Grande fehlt die Angabe, ob die nördliche oder südliche Provinz dieses Namens gemeint ist, wahrscheinlich wohl die letztere, die übrigens trotz ihrer Entfernung auch im Leprahospital in Rio de Janeiro vertreten ist, und über welche sich das Lepragebiet noch hinaus bis an die Ufer des La Plata erstreckt. Jedenfalls scheint die Lepra in keinem gröfseren Bezirk Brasiliens ganz zu fehlen und im allgemeinem auch ziemlich gleichmäfsig verbreitet zu sein, doch so, dafs in einzelnen, enger umschriebenen Regionen eine ziemlich beträchtliche Überschreitung der Durchschnittszahl stattfindet. In meiner Gegend schätze ich, dafs auf je 10000 Einwohner 10—15 Fälle vorkommen, während in der Hauptstadt, die als Durchschnittsmafs für die wenig infizierten Gegenden gelten kann, das Verhältnis von AZEVEDO LIMA auf 5 : 10000 geschätzt wird. Nach letzterem Mafsstabe und die sehr verschieden angegebene Landesbevölkerung auf zehn Millionen angeschlagen, hätten wir in Brasilien 5000 Lepröse anzunehmen; wie viel für die stärker befallenen Regionen zuzugeben ist, entzieht sich meiner Beurteilung, doch glaube ich, dafs die Gesamtzahl näher bei 10000 liegt oder diese Ziffer selbst überschreitet.

Nach WUCHERER (citiert in HIRSCHS *Handbuch* II. pag. 7) reichen die Nachrichten über Lepra in Brasilien nicht über das Jahr 1755 zurück; da aber die Krankheit nur wenige Jahre später in Rio de Janeiro als häufig angegeben wird, so hat sie gewifs an beiden Orten schon weit früher bestanden. In Bahia, ebenso wie in der Provinz Paraná, aufserdem in Guyana, Westindien und Uruguay soll die Erkrankung auf die Einfuhr der Neger-

sklaven zurückgeführt werden. Es scheint allerdings, dafs bei einem Teile der Sklaven liefernden Gegenden Aussatz einheimisch war, aber anderseits ist es doch ein sehr auffälliges Faktum, dafs diejenigen Sklavenstaaten, welche von Lepraländern aus kultiviert wurden, weit mehr Aussätzige aufzuweisen haben, als andre, wie z. B. die Vereinigten Staaten. Es ist kaum denkbar, dafs unter den Millionen teils vom Mutterlande, teils von den Inseln und andern Kolonien eingewanderter Portugiesen nicht eine beträchtliche Anzahl mit Lepra infiziert gewesen sein sollte — hatte ich doch selbst unter meinem numerisch kleinen Material einen eingeschleppten Fall — und dasselbe dürfte von den spanischen Kolonien gelten. Wenn auch unter den afrikanischen Negern, deren es heute noch eine ziemliche Anzahl in Brasilien gibt, zuweilen Aussatz gefunden wird, so hatten sie doch meist vor Ausbruch der Symptome längere Zeit in Brasilien zugebracht; mir ist wenigstens kein Beispiel bekannt geworden, wo einer derselben Lepra direkt mitgebracht hätte. Dagegen kenne ich mehrere Fälle, wo Fremde aus immunen Ländern hier schon in kürzester Zeit Lepra acquirierten. Ich glaube daher, dafs man den Sklavenimport weder allein, noch unbedingt anschuldigen darf. Dagegen ist es allerdings nicht selten vorgekommen, dafs lepröse Neger unter Verschweigung ihrer Krankheit von einer Hand in die andre und selbst von Provinz zu Provinz wanderten; so kenne ich unter hiesigen Sklaven einige Fälle, die aus der Provinz Bahia stammen.

Ob die Krankheit früher häufiger war als heute, wird schwer zu ermitteln sein; selbst für die Hauptstadt scheint dies, wenn auch nicht unwahrscheinlich, doch keineswegs erwiesen. Ein oder zwei Dutzend stets auf den Strafsen herumziehender Bettler, welche die höchsten und auffälligsten Grade des Leidens aufweisen, erwecken in dem oberflächlichen Beobachter leicht den Eindruck einer hochgradig infizierten Gegend, obgleich sie sich vielleicht auf eben so viele Jahrgänge verteilen und überdies gröfstenteils von weit her der Hauptstadt zugezogen sind. Wird der Bettel untersagt und die Unterbringung der Kranken in Asyle angeordnet, so verschwindet die Endemie wie durch Zauberschlag, und man hört nur höchst selten von frischen Fällen, ohne dafs die Frequenz

wirklich abgenommen hätte. Dies dürfte namentlich für die gröfseren Städte gelten; im Innern findet wohl vielerorts eher eine langsame Zunahme statt, wenn auch wohl meistens nur proportional der wachsenden Bevölkerung. Eine genaue Feststellung dieser Verhältnisse ist zur Stunde wohl unmöglich, da nach meiner Erfahrung noch heute auf einen anerkannten Leprafall zwei undiagnostizierte oder verschwiegene kommen, übrigens die Bevölkerungsziffern selbst nirgends nur annähernd genau festgestellt sind.

Faſst man die Verteilung auf die einzelnen Bestandteile der Gesellschaft ins Auge, so kann hier von einer Rassendisposition nicht die Rede sein, da die verschiedenen Menschenschläge in gleicher Weise befallen werden. Wo scheinbar eine ungleiche Verteilung stattfindet, lassen sich meistens andre Gründe auffinden, ohne auf eine — bloſs hypothetische — verschiedene Empfänglichkeit der Rassen zu rekurrieren. Wie gering dieses Moment in der geographischen Pathologie überhaupt anzuschlagen ist, kann man erst durch lange fortgesetzte Beobachtungen genügend erkennen, da der Zufall bei beschränkten Zahlen auch dem besten Beobachter leicht einen Streich spielt. So gibt es allerdings in der Provinz São Paulo auffallend viele lepröse Neger, aber einerseits ist hier überhaupt die Sklavenarbeit und daher auch die Sklavenzahl auf ihrem Höhepunkt, anderseits sind, wie schon gesagt, viele derselben unter Verhehlung ihrer Krankheit aus den Nordprovinzen hierher gekommen, und endlich wird bei ihnen z. B. die anästhetische Form durch die leichter eintretende Mutilation früher in die Augen fallen. Es erkranken aber auch Fremde in ähnlichen Proportionen wie Eingeborene; sind mir doch allein unter den Deutschen in Brasilien über ein halbes Dutzend Fälle bekannt geworden. Im allgemeinen dürfte die agrikole Bevölkerung stärker befallen sein als die städtische; aber unter den ersteren sind es eben sowohl die Besitzenden, wie die Besitzlosen. Wenn auch die Anzahl der erkrankten Fazeneleiros und andrer gut situierter Persönlichkeiten eine geringe ist, so ist sie doch von der ja immerhin ziemlich mäfsigen durchschnittlichen Morbiditätsproportion kaum weit entfernt.

Eine besondere Prädisposition eines der beiden Geschlechter

ist auch bei dieser, wie bei andern Infektionskrankheiten, nicht anzunehmen.

Auch die Verteilung nach dem Alter läfst keine besondere Bevorzugung erkennen. Vielmehr scheint in jedem Alter ein annähernd gleicher, sehr kleiner Satz zu erkranken. Infolge dessen mufs die Frequenz mit dem Alter steigen, bis der beschränkende Einfluſs der Altersmortalität sich geltend macht, wobei als weiteres Moment die abgekürzte Lebensdauer der bereits Infizierten zu berücksichtigen ist. Infolge dessen werden wir am wenigsten kranke Kinder und Greise finden und unter den letzteren hauptsächlich Formen, die quo ad vitam ziemlich indifferent sind. Spitäler können natürlich bei Beurteilung dieser Verhältnisse nicht mafsgebend sein; so weist das Asyl in Rio eine unverhältnismäfsig grofse Anzahl junger Patienten auf, während man solche in der Privatpraxis oder unter den Bettlern viel seltener antrifft.

(Fortsetzung folgt.)

Über die neuen Reagenzien auf aktiven Sauerstoff.

Von

Dr. Max Joseph

in Berlin.

Wurster hat sich ein grofses Verdienst dadurch erworben, dafs er uns mit einem Reagens bekannt gemacht hat, durch welches die Dauerformen des aktiven Sauerstoffs, das Ozon und das Wasserstoffsuperoxyd nachgewiesen werden können. Es sind dies die Methylderivate des Paraphenylendiamins und zwar das Di- und das Tetramethylparaphenylendiamin. Durch die chemische Fabrik von Dr. Theod. Schuchardt in Görlitz werden nun Papiere, welche mit diesen Reagenzien getränkt sind, in den Handel gebracht, und hierdurch ist Gelegenheit zu allgemeinerer Verwendung derselben nicht nur zum Studium physiologischer, sondern auch pathologischer Vorgänge gegeben. Bisher ist durch Gad und Wurster diesen Körpern hauptsächlich vom physiologischen Standpunkte in ihrem Verhalten gegen die verschiedenen Körper-

bestandteile Beachtung geschenkt worden, es wird aber gewifs nicht fehlen, dafs auch die Pathologen sich mit der genauen Kenntnis dieses Körper bekannt machen. Dadurch, dafs man das Verhalten dieser Reagenzien gegen verschiedene Se- und Exkrete bestimmt, wird vielleicht dem Verständnis der physiologischen Vorgänge nach mancher Richtung hin Vorteil erwachsen.

Die Methylderivate des Paraphenylendiamins werden aufserordentlich leicht durch Oxydationsmittel in saurer Lösung verändert. Das Dimethylparaphenylendiamin geht alsdann in rote und violette, das Tetra in blau-violett gefärbte Körper über. Der Wert dieser Körper für diagnostische Zwecke beruht darin, dafs nur aktiver Sauerstoff diese Substanzen schnell in intensiv gefärbte Körper überführt, welche dann durch weitere Oxydation in farblose, nicht mehr Farbstoff bildende Produkte übergehen. Durch ein mit diesem methylierten Paraphenylendiamin getränktes Reagenspapier ist man im stande, selbst Spuren aktiven Sauerstoffs noch nachzuweisen. Es ist leicht ersichtlich, welche Vorteile diese Papiere darbieten, da es gestattet ist, vermittelst derselben nicht nur Oxydationen, sondern bei Anwendung der gefärbten Papiere auch Reduktionen nachzuweisen. Durch gewöhnlichen Sauerstoff wird das Papier kaum verändert. Mit allen Oxydationsmitteln bes. in essigsaurer Lösung dagegen geben diese Papiere die Farbenreaktionen. Man wird also mit diesen Papieren nur aktiven Sauerstoff oder Körper, welche aktiven Sauerstoff in Form von höheren Oxyden enthalten, oder Körper, welche Sauerstoff zu aktivieren im stande sind, nachweisen können.

Für den Dermatologen haben nun diese Körper insofern ein hervorragendes Interesse, als es Gad und Wurster gelungen ist, uns über die Oxydationsverhältnisse der Haut einige Aufschlüsse zu geben, deren Erweiterung gerade nach pathologischer Seite erforderlich wäre.

Zu diesen Versuchen wurde hauptsächlich das Tetrametaphenylendiaminpapier benutzt. Bringt man nun ein derartiges befeuchtetes Papier auf die Haut der verschiedensten Körperstellen, in spezie der Fingerbeeren, der Wange, der Stirn, so färbt sich dasselbe oft sofort blau-violett. Dafs hierbei auch in der That die Färbung nur durch gewisse auf der Haut befindliche oxydie-

rende Substanzen zu stande kommt, erkennt man daraus, dafs nur diejenigen Stellen des Papiers, welche der Haut anliegen, gefärbt werden, die übrigen dagegen ungefärbt bleiben. Die Oxydationsverhältnisse der Haut scheinen aber sehr variabel zu sein, wenigstens tritt diese Färbung nicht konstant ein, sondern oft bleibt das befeuchtete Papier selbst nach mehrstündigem Verweilen auf der Haut doch ungefärbt, während anderseits mitunter das Papier wieder sofort entfärbt, d. h. weiter oxydiert wird. Beweis dafür ist, dafs in letzterem Falle das Papier mit Oxydationsmitteln nicht wieder zu bläuen ist. Wodurch diese Verhältnisse zu erklären sind, bleibt vorläufig dahingestellt. Wurster verspricht, später darüber Mitteilung zu machen. Gad weist darauf hin, dafs diese weitgehende Oxydation auf der Haut wahrscheinlich unter denselben Bedingungen eintritt, unter welchen auch von manchen Seiten eine saure Reaktion des Schweifses betont wird. Sonach müssen wir nach diesen Versuchen annehmen, dafs unter gewissen Verhältnissen der die Epidermis durchtränkenden Flüssigkeit oder dem dieselbe benetzenden Sekrete dieselben stark oxydierenden Wirkungen zukommen, wie dem aktiven Sauerstoff. Es ist vielleicht nicht unwichtig, darauf hinzuweisen, dafs gerade unter gewissen pathologischen Verhältnissen die Reaktion des Schweifses als eine stark saure betont wird. Hamilton fand beim Malum perforans palmare den Schweifs stark sauer, und in einem von Amerika aus berichteten Falle von inkompletter Trennung des Nerven wurde der Schweifs ebenfalls derart sauer gefunden, dafs man beständig die Empfindung des Weinessiggeruchs hatte.

Das Dimethylparaphenylendiamin ist gegen aktiven Sauerstoff weniger empfindlich, und die mit dieser Substanz getränkten Papiere werden auf der Haut erst dann gefärbt, wenn bei dem Tetrapapier die Entfärbung bereits begonnen hat.

Die Frage, welche Oxydationsmittel nun für das Zustandekommen dieser Farbenreaktionen in Betracht kommen können, läfst Wurster unentschieden. Doch erscheint es wahrscheinlich, dafs dem Wasserstoffsuperoxyd und nicht der salpeterigen Säure die erwähnten oxydierenden Eigenschaften zukommen.

Nach gütigster Privatmitteilung spricht W. jetzt die Blaufärbung als Wasserstoffsuperoxyd an und bezweifelt nicht mehr,

daſs die Entfärbung des Tetrapapieres und die Rotfärbung des Dimethylparaphenylendiaminpapieres durch Hautsekrete und Schweiſs auf salpetrige Säure zu beziehen sei. Wir hätten also auf der Haut einerseits Wasserstoffsuperoxyd, anderseits salpetrige Säure anzunehmen.

Eine theoretische Deduktion Wursters, zu welcher er auf Grund von Injektionsversuchen an Tieren und nach dem Verhalten des Dimethylparaphenylendiamins im Reagensglase gegen einige chemische Agenzien gelangt, dürfte manches für sich haben. Möglicherweise geschieht nämlich die Oxydation im Tierkörper durch atomistischen Sauerstoff; in den Körpersekreten können wir das freie Sauerstoffatom nur nachweisen, wenn unter besonders günstigen Verhältnissen, wie in dem Schweiſse, die Verbindung des Sauerstoffs mit Wasser das Wasserstoffsuperoxyd bildet.

Auf die übrigen theoretischen Auseinandersetzungen Wursters glaube ich hier nicht weiter eingehen zu sollen. Zwar sind Milchsäure und Kochsalz im Schweiſse nachgewiesen, auch die im Reagensglase demonstrierte Reaktion, daſs Wasserstoffsuperoxyd oder Milchsäure resp. Milchsäure und Wasserstoffsuperoxyd allein das Eiweiſs nicht koagulieren, erst wenn zu der letzteren Michung Kochsalzlösung kommt, dasselbe gefällt wird, ist als richtig anzusehen. Die darauf basierenden Deduktionen aber, daſs bei saurem Schweiſse in der Haut und dem Unterhautzellgewebe Gerinnungen von Eiweiſs und eine mehr oder minder bedeutende Störung der Zirkulation der Gewebsflüssigkeit durch die Fällung des Eiweiſs im subkutanen und kutanen Gewebe oder den ersten Anfängen der Lymphgefäſse entstehen könne, werden trotzdem gerechten Zweifeln unterliegen müssen.

Litteratur.

C. Wurster. Über einige empfindliche Reagenzien zum Nachweise minimaler Mengen aktiven Sauerstoffs. *Verhandl. der Physiol. Gesellschaft zu Berlin.* No. IV. 10. Dez. 1886.

J. Gad. Über aktiven Sauerstoff im tierischen Organismus. Ebenda. No. V. 14. Jan. 1887.

C. Wurster. Beiträge zur Kenntnis der Oxydationsverhältnisse im Tierkörper. *Berichte der Dtsch. Chem. Gesellschaft.* Jahrg. XX. Heft 2. No. 63. 1887.

C. Wurster. Über das Verhalten des Wasserstoffsuperoxyds gegen Eiweifs. Ebenda. No. 64. 1887.

Aus der Unnaschen Privatklinik für Hautkranke in Hamburg.

Über die Unnasche Färbungsmethode der elastischen Fasern.

Von

P. Taenzer,

Assistenzarzt.

In No. 6 des vorigen Jahrganges dieser Zeitschrift veröffentlichte Unna eine „neue Darstellungsmethode des elastischen Gewebes der Haut." Jeder der auf der Naturforscherversammlung in Berlin die Präparate gelegentlich der Demonstration von Urticariapräparaten gesehen hatte, war überrascht über die überaus schöne und deutliche Tinktion des elastischen Netzes, das man in einer solchen Reichhaltigkeit, wie sie die Unnasche Färbemethode sichtbar machte, nicht vermutet hatte.

Der Darstellungsgang dieser Methode war folgender:

Fixierung der betreffenden Stücke in Osmiumsäure mit nachfolgender Härtung in absolutem Alkohol; alsdann Färbung in Lösungen saurer violetter Anilinfarbstoffe, z. B.

Dahlia (Jodviolett)	0,2
Aqua destillat.	
Spirit. (95 %)	ā 10,0
M. Solve, adde	
Acid. nitric.	2,0
Aqua destillat.	18,0
Spirit. (95 %)	10,0

M. D. S. Dahlialösung.

Die Schnitte werden hierauf, nachdem sie überfärbt sind, was binnen wenigstens 24 Stunden einzutreten pflegt, durch kurzes Eintauchen in Eisessig entfärbt, dann in Alkohol entwässert, in Öl gebracht und in Kanadabalsam montiert.

Mir selbst, der ich nach obiger Vorschrift mich mit der

Färbung des elastischen Gewebes beschäftigte, und der ich dieselbe Dahlialösung wie Herr Dr. UNNA benutzte, gelang es auf das beste, die elastischen Fasern mit derselben Deutlichkeit darzustellen, wie in den eingangs erwähnten Präparaten. Allein andre Kollegen, die sich damit beschäftigt und wahrscheinlich auch Produkte andrer Fabriken in Anwendung gezogen hatten, waren weniger glücklich, da ihnen die Darstellung solcher Präparate entweder gar nicht oder nur teilweise gelang; wieder andern war die Prozedur zu umständlich, da die Differenzierung der Fasern gröfsere Übung erforderte.

Herr Dr. UNNA forderte mich daher auf, die einzelnen in seiner empirisch gefundenen Methode vorkommenden Faktoren genau auf ihren Wert für dieselbe zu prüfen, das Wesentliche von dem Unwesentlichen zu scheiden und die Methode auf diese Weise auf ihr einfachstes und daher sicherer zu handhabendes Schema zurückzuführen.

Die UNNAsche Farblösung war ein Gemisch von Dahlia, Salpetersäure und Alkohol, die Fixierung geschah in Überosmiumsäure; ich hatte also diese 4 Faktoren zunächst einzeln daraufhin zu prüfen, ob quantitative Veränderungen oder qualitativer Ersatz derselben durch chemisch oder physikalisch analog wirkende Körper das Färberesultat zu beeinträchtigen im stande wären oder nicht und begann zunächst mit der Salpetersäure.

Um die Rolle der Säure kennen zu lernen, mufste unter Beibehaltung aller übrigen Faktoren die HNO_3 teils prozentualischer Variation unterworfen, teils durch andre Säuren ersetzt werden.

Wenn man zu einer einprozentigen in Wasser und Alkohol zu gleichen Teilen hergestellten Dahlialösung tropfenweise eine bestimmte (etwa 25 %ige) Salpetersäurelösung hinzufügt, so tritt nach einiger Zeit unter grünlicher Verfärbung eine zuerst ganz leichte Trübung ein, wie UNNA es bereits angegeben hat. Ein noch stärkerer Zusatz fällt den ganzen Farbstoff als saures und in Wasser weniger lösliches Salz aus der Lösung aus; bei noch weiterer Ansäuerung löst sich endlich der Niederschlag in der Salpetersäure zum gröfsten Teil mit gelbgrüner Farbe wieder auf. Diese letzte saure Lösung ist (UNNA, pag. 244) zur Färbung

ganz untauglich, ebenso natürlich die einen groben Niederschlag enthaltende Flotte. Dagegen eignet sich die Farbmischung in dem Momente, in dem die Trübung aufzutreten beginnt, ohne weiteres zur Färbung vorzüglich, und es ist nicht einmal nötig, wie UNNA es zur Verhütung weiterer Fällung vorschlug, etwas Alkohol zur Lösung der Trübung hinzuzufügen. Ich fand sogar, dafs der nachträgliche Spirituszusatz auch dann entbehrt werden kann, wenn die Dahlia gleich anfangs ohne Zuhilfenahme von Spiritus gelöst wurde, wenn sich also überhaupt gar kein Spiritus in der Farbflotte befand.

Im ganzen konnte ich mithin die Beobachtung UNNAS durchaus bestätigen, dafs der Zusatz der Salpetersäure sich nur in engen Grenzen bewegen darf, welche dem Punkte nahe liegen, in welchem das saure Salz anfängt, in Wasser unlöslich zu werden.

Wie verhalten sich nun andre Säuren als Ersatz der Salpetersäure?

Zunächst ist hier natürlich als einfachster Zusatz die Salzsäure ins Auge zu fassen, da wir ja als Ausgangspunkt stets salzsaure Salze benutzen. In der That wird die salzsaure Farbflotte auch durch Zusatz von weiterer Salzsäure gefällt, es existiert mithin ein saures salzsaures Salz, welches in Wasser unlöslicher ist als das neutrale salzsaure Salz. Wie bei der Salpetersäure, so sind auch hier die in der Trübung begriffenen Lösungen zum Färben des elastischen Gewebes die geeignetsten. Dieselbe Eigenschaft haben auch noch die Oxalsäure und die Schwefelsäure, doch stehen sie wegen der weiteren Eigentümlichkeit, das kollagene Gewebe aufzuquellen, der Salpetersäure bei weitem nach. Aus dem letzteren Grunde sind die Arsen-, Arsenige-, Ameisen- und Essigsäure gar nicht für unsre Methode zu verwenden, da ihnen diese Eigenschaft in noch höherem Grade zukommt, als der Schwefel-, Salz- und Oxalsäure.

Sehen wir uns nach Säuren um, welche das Kollagen statt aufzuquellen eher zum Schrumpfen bringen oder fixieren, so bieten sich uns die Chromsäure, Gerbsäure und Überosmiumsäure dar. Natürlich verzichten wir von vornherein bei diesen Säuren auf eine derartige Sichtbarmachung des elastischen Gewebes

gegenüber der kollagenen Substanz, wie sie allen quellenden Säuren zukommt, und erwarten von ihrer Anwendung bei unsrer Methode lediglich eine Verbesserung in dem Sinne, dafs sie den Farbstoff in höherem Grade auf den elastischen Fasern niederschlagen. Nach meinen Untersuchungen findet nun das gerade Gegenteil statt.

Der saure chromsaure Farbstoff ist nur durch grofsen Alkoholzusatz in Lösung zu erhalten und zerfällt bei der Färbung in der Weise, dafs das Gewebe unterschiedslos mit der Chromsäure sich verbindet, während der Farbstoff wieder frei wird.

Der saure osmiumsaure Farbstoff zerfällt umgekehrt beim Färben so, dafs die Osmiumsäure wieder frei wird und das Gewebe den Farbstoff aufnimmt, aber ebenfalls ohne Differenzierung des elastischen und kollagenen Gewebes.

Der saure gerbsaure Farbstoff endlich verbindet sich allerdings als Ganzes mit dem Gewebe, bedingt jedoch eine gleichmäfsige diffuse Färbung des überdies wie geschrumpft aussehenden Gewebes. Die letztgenannten Säuren lassen sich daher, trotzdem sie keine Quellung der kollagenen Substanz bewirken, für unsre Zwecke nicht verwenden.

Aus dem soeben Gesagten geht hervor, dafs von allen versuchten Säuren am brauchbarsten für unsre Zwecke die Salpetersäure ist, da sie mit der geringsten Quellung — bei mäfsigem Zusatz, d. h. beim ersten Entstehen von Trübung in der Flotte, ist sie gleich Null — die beste Färbung der elastischen Fasern verbindet; in zweiter Linie erst kommen die Salzsäure, Schwefelsäure und Oxalsäure, während die übrigen als für unsre Methode ungeeignet beiseite zu lassen sind.

Die Rolle, die der Alkohol bei der Färbung spielt, ist zum Teil schon im vorhergehenden erwähnt. Notwendig ist er nur in den Fällen, wo man statt der Trübung einen Niederschlag durch allzustarken Säurezusatz hervorgerufen hat. Zweckmäfsig kann man ihn so verwenden, dafs man bei langsamer Färbung der in offenen Schalen befindlichen Flotte etwas Alkohol zusetzt. Denn in dem Mafse, als der Alkohol sich daraus verflüchtigt, schlägt sich der Farbstoff auf dem Gewebe nieder, ohne dafs es zu einer freien Ausfällung desselben aus der Flotte kommt.

Meine Ansicht betreffs des Alkoholzusatzes zur Farbflüssigkeit ist daher die, daſs derselbe prinzipiell nicht notwendig, praktisch aber in vielen Fällen zweckmäſsig zu verwenden ist.

Das gröſste theoretische Interesse knüpft sich naturgemäſs an die Vorbehandlung der Schnitte, da sowohl in der bisherigen UNNAschen Mothode wie in der LUSTGARTENschen die Osmiumsäure (resp. FLEMMINGS Lösung) eine noch unaufgeklärte Rolle spielt, und UNNA nachgewiesen hat, daſs an Schnitten, welche Stücken entnommen sind, die im Zentrum von der Osmiumsäure nicht erreicht und geschwärzt wurden, die mittleren helleren Teile auch weniger gut den sauren Farbstoff angenommen haben. Es schien daraus hervorzugehen, daſs der präparatorische Osmiumniederschlag auf dem elastischen Gewebe eine Conditio sine qua non zum Gelingen der Färbung ausmache. Meine Versuche haben dagegen — wie ich gleich im voraus bemerken will — mit Sicherheit erwiesen, daſs ein vorgängiger Osmiumniederschlag auf der elastischen Faser keine notwendige Bedingung ihrer differenziellen Hervorhebung durch den Farbstoff ist, und daſs demselben also für die Fixierung in Osmiumsäure und deren Gemischen (FLEMMINGsche Lösung) höchstens eine fördernde Wirkung zukommen kann.

Im Gegensatz zu den Methoden von UNNA und LUSTGARTEN[1] zieht HERXHEIMER[2] die Härtung der Präparate in MÜLLERscher Flüssigkeit bei weitem vor, obgleich er auch gute Färbung erhalten hat bei Schnitten, die in Alkohol, Pikrinsäure und FLEMMINGS Lösung gehärtet waren.

Was nun meine Versuche betrifft, so begnügte ich mich nicht mit Osmiumschnitten allein, sondern versuchte der Reihe nach auch Schnitte, die in FLEMMINGS Lösung, Chromsäure, doppelchromsaurem Kali, Salpetersäure (5 %) und absolutem Alkohol gehärtet waren. Zu Versuchen an frischem Gewebe bediente ich mich der von der Kaninchenleiche frisch abgezogenen Peritonaealstückchen.

---

[1] LUSTGARTEN. Viktoriablau, ein neues Tinktionsmittel für elastische Fasern und Kerne. *Mediz. Jahrbücher.* 1886.

[2] HERXHEIMER. Ein neues Färbungsverfahren für die elastischen Fasern der Haut. *Fortschritte der Medizin.* 1886. No. 24.

Als völlig unbrauchbar für die Tingierung mit sauren Lösungen basischer Anilinfarbstoffe erwies sich die Vorbereitung des Gewebes mit Chromsäure oder Kaliumbichromatlösung, da es mir auch nicht ein einziges Mal gelang, hiernach die elastischen Fasern auch nur leidlich gefärbt darzustellen.

Die Präparation der Gewebstücke mit Osmiumsäure, die nach UNNA die Auswahl des Farbstoffes für die elastischen Fasern begünstigt, gab auch bei meinen Versuchen schöne Bilder, doch wurde sie durch die FLEMMINGsche Lösung noch übertroffen, bei der die tingierten Fasern noch glatter und schärfer hervortraten, als bei Fixierung mit Osmiumsäure allein.

Da in der FLEMMINGschen Lösung Chromsäure, Essigsäure und Osmiumsäure verbunden sind, die Chromsäure allein die Färbung aber durchaus nicht begünstigt, so mufs man annehmen, dafs die Osmiumsäure in Verbindung mit dem zur Quellung der kollagenen Substanz ungenügenden Zusatz von Essigsäure das die Färbung begünstigende Moment ausmachen. Demgemäfs versuchte ich ein entsprechendes Osmium-Essigsäure-Gemisch und fand, dafs es die FLEMMINGsche Lösung für unsre Zwecke vollständig ersetzt.

Die wichtige Rolle der Salpetersäure als Differenzierungsmittel gab mir Veranlassung, dieselbe auch als präparatorisches Mittel zu verwenden; es wurden die frisch excidierten Stücke zu diesem Zwecke in eine fünfprozentige Salpetersäurelösung geworfen, drei Tage darin gelassen und in Alkohol nachgehärtet. Bei dieser Vorbereitung treten bei nachfolgender Tinktion die elastischen Fasern mit prachtvoller Klarheit und Regelmäfsigkeit hervor; auch haben sie hierbei nicht das feinkörnige Aussehen, wie bei der Osmiumsäurevorfärbung, sondern sind ganz glatt ohne jede Rauhigkeit.

Doch noch viel einfacher gestaltet sich die Sache dadurch, dafs man auch die Salpetersäure als Fixierungsmittel vollkommen entbehren und Schnitte, die einfach nur in Alkohol gehärtet sind, zur Darstellung des elastischen Netzes nach unsrer Methode benutzen kann, falls man sich einer der unten angegebenen Farblösungen bedient. Ich glaube, dafs damit die höchste Vollendung der Methode erreicht ist; denn da dieselbe mit der

gröfsten Einfachheit der Darstellung eine gute Tinktion, Regelmäfsigkeit und natürliche Lagerung des Gewebes vereinigt, so wird sie voraussichtlich für die meisten Fälle die Härtung in den übrigen Flüssigkeiten entbehrlich machen.

Als präparatorische Methoden kann ich also nach meinen Versuchen die Osmiumsäure und deren Gemische, die Salpetersäure und den Alkohol empfehlen.

Nach Erledigung aller Faktoren, welche die spezielle Fixierung auf dem elastischen Gewebe beeinflussen, haben wir jetzt der Wahl des Farbstoffes selbst unsre Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Die von Unna benutzten Farbstoffe Dahlia, Jodviolett gehören den Rosanilinfarbstoffen an. Ich begann deshalb meine bezüglichen Untersuchungen mit der Durchmusterung sämtlicher mir zugänglichen, aus der „Badischen Anilin- und Sodafabrik" stammenden, reinen Rosaniline und der verwandten Pararosaniline.[3] Da die hier in Betracht kommenden salzsauren Salze derselben in Wasser nur wenig löslich sind, benutzte ich ausschliefslich einprozentige Lösungen derselben in einem Gemisch von Wasser und Alkohol zu gleichen Teilen.

Den Anfang machte ich mit den Pararosanilinen. Als für unsre Zwecke vollkommen untauglich erwiesen sich:

Wasserblau.	Brillantgrün.
Alkaliblau.	Methylgrün.
Aldehydgrün.	Viktoriagrün.

Diese färben sämtlich nur das kollagene Gewebe, und zwar die beiden ersteren Farbstoffe so intensiv, dafs man grofse Mühe hat, sie auch nur teilweise wieder zu entfärben. Eine Differentialfärbung des elastischen Gewebes mit Lösungen dieser Farbstoffe gelang mir nirgends. Ich will hiermit keineswegs gesagt haben, dafs ihnen überhaupt die Fähigkeit, das elastische Netz zu färben, abgesprochen werden mufs, vielleicht liegt das Mifslingen der Differentialfärbung nur an der hervorragenden Verwandtschaft dieser Farben zum kollagenen Gewebe.

Beinahe gleich mit den eben erwähnten Farbstoffen verhält sich das äthylierte Pararosanilin (Hexaäthyl-Pararosanilin). In

[3] s. Unna. Die Rosaniline und Pararosaniline. *Dermatolog. Studien* Heft IV. Hamburg 1887. (*Ergänzungsheft I. zu Monatsh. f. pr. Dermat.* 1887.)

einer aus demselben hergestellten Flotte färben sich zwar die elastischen Fasern ein wenig stärker als das übrige Gewebe, so dafs man sie von demselben leidlich gut unterscheiden kann, allein es gelang nicht, bei der Entfärbung den Farbstoff auf den elastischen Fasern in höherem Grade als auf dem kollagenen Gewebe zu fixieren.

Wieder etwas günstiger verhält es sich mit dem einfachen Pararosanilin. Wenn man die Entfärbung in ganz verdünntem Alkohol vornimmt, nachdem man den Schnitt vorher ein bis zwei Sekunden in Salpetersäure (25 %) eingetaucht hat, gelingt es, den Farbstoff auf dem elastischen Gewebe fixiert zu erhalten. In Essigsäure dagegen konnte ich eine differentielle Entfärbung nicht erzielen. Auch mufs ich hier noch bemerken, dafs mir eine Färbung des elastischen Gewebes mit diesem Farbstoff nur an solchen Schnitten gelang, die in Alkohol oder FLEMMINGS Lösung gehärtet waren.

Eine ebenfalls brauchbare Färbung gibt das nach obiger Weise behandelte und von LUSTGARTEN zur Tingierung der elastischen Fasern empfohlene Pararosanilin: Viktoriablau. Doch hat man bei diesem Farbstoff den Umstand im Auge zu behalten, dafs, wenn man den Schnitt überfärbt hat, die Entfärbung des kollagenen Gewebes keine ganz leichte ist.

Sobald wir das Gebiet der methylierten Pararosaniline betreten, können wir wieder einen weiteren Fortschritt in der Färbung des elastischen Gewebes verzeichnen. Zu meiner Versuchsreihe verwendete ich sowohl Pentamethylpararosanilin, als auch Hexamethylpararosanilin und ein von der Fabrik selbst geliefertes Gemisch, aus beiden bestehend. Bei den beiden letzteren war die Färbung eine gelungenere zu nennen als bei dem Pentamethylpararosanilin.

Ungefähr gleichen Schritt mit fünffach methylierten Pararosanilin hält das benzylierte Pentamethylpararosanilin (Gentianaviolett). Als die geeignetste Pararosanilinfarbe kann ich die nach folgenden Gewichtsteilen hergestellte Flüssigkeit empfehlen:

Hexamethylpararosanilin (Kristallviolett)	0,5
Alkohol	
Aq. dest.	aa 25,0

Acid. nitric. (25 %) 10,0
M. adde
Alkohol q. s. ad solutionem.

Ich verlasse jetzt die Gruppe der Pararosaniline, komme zu der der Rosaniline und beginne mit dem einfachen Rosanilin. Gleich bei dem ersten Versuch fiel mir der grofse Unterschied in der Färbung den Pararosanilinen gegenüber auf; denn während bei den letzteren die elastischen Fasern sich nur wenig vom übrigen Gewebe durch etwas tiefere Nüance unterschieden, zeigen sie sich in einer Lösung von Rosanilin rötlich-violett gefärbt und zwar, wenn sie noch im Stadium der Überfärbung befindlich sind, als ziemlich starke Linien, hier und da von nicht ganz glattem Aussehen, wie wenn sie mit einem feinkörnigen Niederschlag besetzt wären. Sie heben sich vom übrigen Gewebe so scharf und vorteilhaft ab, dafs ihre gesamte Verteilung und Anordnung sofort beim ersten Blicke auf das Präparat in die Augen fällt. Doch färbt das einfache Rosanilin noch lange nicht so gut, wie die gleich weiter unten anzuführenden. Ich unterlasse es deshalb auch, eine Formel für dasselbe anzugeben.

Übertroffen wird das einfache Rosanilin zunächst durch das äthylierte Rosanilin. Schnitte in einer Lösung von

Äthyl. Rosanilin (*Rotviolett* 5 R) 0,5
Aq. dest.
Alkohol aa 25,0
Acid. nitric. (25 %) 12,0
M. adde
Alkohol q. s.
M. D. S.

gefärbt, zeigen die elastischen Fasern von viel regelmäfsigeren glatteren Konturen. Eine noch tiefere, ich möchte sagen, beinahe blauschwarze Tinktion erhalten die elastischen Fasern durch die einfach oder mehrfach methylierten Rosaniline. Als geeignete Farblösung hat sich mir folgende bewiesen:

Methyl. Rosanilin (*Rotviolett* 5 R B) 0,5
Aq. dest.
Alkohol aa 25,0
Acid. nitric. (25 %) 10,0
M. adde
Alkohol q. s.
M. D. S.

Die bequemste, einfachste und vielleicht schönste Färbung des elastischen Gewebes liefert das Rosanilin **Fuchsin**. Wenn ich sage die einfachste und bequemste Färbung, so meine ich es aus dem Grunde, weil sich das Fuchsin heutzutage in jedem anatomischen und pathologischen Laboratorium, ja in den Händen faſst jeden Arztes (zum Zwecke der Tuberkelbacillenfärbung) befindet:

Fuchsin	0,5
Aq. dest.	
Alkohol	ää 25,0
Acid. nitric. (25 %)	10,0
M. adde	
Alkohol q. s.	
M. D. S.	

Das Fuchsin in saurer salpetersaurer Lösung verleiht den elastischen Fasern eine prachtvolle dunkelrote bis rotschwarze Farbe und eignet sich deshalb vorzüglich, weil es von allen versuchten Farbstoffen die elastischen Fasern nur einfach in Alkohol gehärteter Schnitte in der kürzesten Zeit (wenige Minuten) regelmäſsig und bis zu den feinsten Fasern herab stark zu tingieren im stande ist.

Will man Dauerpräparate anlegen, so muſs man die Schnitte stark überfärben (ungefähr 24 Stunden lang). Unter diesen Umständen entfärben sich die elastischen Fasern nicht so leicht, zumal wenn man die Schnitte erst einige Sekunden in 25prozentige Salpetersäure bringt und die Entfärbung in schwachem Essigwasser vollendet.

Wenn ich hier das Fuchsin, welches gewöhnlich als salzsaures Salz des einfachen Rosanilins ausgegeben wird, getrennt von demselben behandle, so geschieht es eben aus dem Grunde, weil die von den verschiedenen Fabriken bezogenen Fuchsine eine viel brillantere Färbung lieferten, als die von der Fabrik unter der Marke des einfachen salzsauren Rosanilins bezogenen. Es müssen demnach unter den letzteren Verschiedenheiten obwalten, welche bisher den Chemikern entweder nicht bekannt oder Fabrikgeheimnis sind.

Nachdem ich nun die beiden Gruppen der Pararosaniline und Rosaniline einzeln auf ihr Tinktionsvermögen bezüglich der

elastischen Fasern versucht hatte, stellte ich mir noch Mischungen aus beiden her und versuchte so mit einer ex tempore hergestellten Lösung zu färben, wie sie mir früher unter dem Namen Dahlia vorgelegen hatte,

Als Mischungen, die gute Resultate lieferten, kann ich folgende bezeichen:

Äthyliertes Rosanilin (5 R)		*Äthyliertes Rosanilin* (5 R)	
Methyliertes Rosanilin (5 R B)	ää 0,25	*Äthyliertes Pararosanilin*	ää 0,25
Alkohol		*Alkohol*	
Aq. dest.	ää 25,0	*Aq. dest.*	ää 25,0
Acid. nitric. (25 %)	10,0	*Acid. nitric.* (25 %)	12,0
M. adde		M. adde	
Alkohol	20,0	*Alkohol*	23,0
M. D. S.		M. D. S.	

Als das der Dahlia gleichkommende Gemisch, das nach Unna den elastischen Fasern eine so ausgezeichnete Tinktion verlieh, fand ich:

Methyliertes Rosanilin	
Methyliertes Pararosanilin	ää 0,25
Aq. dest.	
Alkohol	ää 25,0
Acid. nitric. (25 %)	12,5
M. adde	
Alkohol	12,5

In einer solchen Lösung nehmen die elastischen Fasern genau dieselbe Farbe und das Aussehen an, als wenn sie mit einer Dahlialösung gefärbt wären, so dafs die Vermutung nahe liegt, es beständen gewisse Sorten von Dahlia aus methyliertem Rosanilin und methyliertem Pararosanilin.

Es erübrigt jetzt nur noch mit einem Worte auf die möglichen und besten Kontrastfärbungen bei unsrer Methode einzugehen. Will man das übrige Gewebe durch eine solche sich vorteilhaft von den elastischen Fasern abheben lassen, so mufs man dies vor der Tinktion des elastischen Gewebes und zwar mit einer säurebeständigen Farbe thun, z. B. Vesuvin, Alkaliblau, Karmin. Denn durch das Eintauchen der Schnitte in Säuren und Alkohol behufs Entfärbung des überfärbten kollagenenen etc. Gewebes bei nachheriger Kontrastfärbung leidet auch die Färbung des elastischen Gewebes.

Fasse ich die in obiger Versuchsreihe niedergelegten Erfahrungen zusammen, so muſs ich bekennen, daſs für eine gute Färbung des elastischen Gewebes eigentlich nur die Rosaniline verwendbar sind; es färben zwar auch einzelne Pararosaniline in saurer Lösung leidlich gut, doch halten die besten von ihnen noch keinen Vergleich aus mit den schlechtesten der ersteren Gruppe. Und so waren denn ja auch die von UNNA benutzten Farbstoffe (Dahlia, Jodviolett) der Hauptsache nach jedenfalls Rosaniline. Ferner ist zur guten Färbung des elastischen Netzes unter allen Umständen die Salpetersäure notwendig und ist dieselbe durch eine andre Säure nicht gleichwertig zu ersetzen. Es ist mir deshalb nicht zweifelhaft, daſs die Salpetersäure eigentümliche Beziehungen zu dem elastischen Gewebe einerseits, zum Farbstoffe, speziell zu den Rosanilinen, anderseits besitzen muſs.

Wir haben gesehen, daſs in allen Fällen der Zusatz von Salpetersäure zum Farbsalze das sicherste Mittel ist, die Farbe dem entfärbenden Mittel gegenüber gerade auf dem elastischen Gewebe zu fixieren, daſs ferner die Salpetersäure auch sehr gut zur Fixierung des lebendigen Materials (im Gegensatz beispielsweise zur Chromsäure) bei dieser Methode dienen kann und daſs endlich auch in vielen Fällen eine nachträgliche Behandlung der gefärbten Schnitte mit Salpetersäure bei im allgemeinen weniger tauglichen Farbstoffen das Entfärbungsresultat verbessert.

UNNA[4] hat es sehr wahrscheinlich gemacht, daſs die meisten Färbungen des Gewebes sehr komplexen Verbindungen ihr Dasein verdanken, in welche auſser der tierischen (resp. pflanzlichen) Faser die Farbe und eventuell noch andre Stoffe, Fixierungsmittel, Beizen (z. B. Salze, Jod) zugleich eingehen. Ich vermute nun[5], daſs das nach unsrer Methode gefärbte elastische Gewebe eine Verbindung von Elastin + Farbstoff (z. B. Fuchsin) + Salpetersäure ist. Nimmt man dieses an, so erklärt es sich leicht (s. UNNA, *Rosaniline und Pararosaniline.* pag. 43), weshalb bei der gewöhnlichen Methode der Tuberkel- und Leprabacillenfärbung die elastischen Fasern nicht gefärbt bleiben, obgleich auch hier Elastin mit dem Farbstoff und der Salpetersäure in unmittelbare

[4] UNNA. *Die Rosaniline und Pararosaniline.* pag. 37.
[5] In Übereinstimmung mit Herrn Dr. UNNA.

Berührung kommt. Hier verbindet sich nämlich das Fuchsin mit dem Elastin bekanntlich nur lose, da schon Alkohol die Verbindung wieder trennt; wird der mit Fuchsin gefärbte Schnitt dann in Salpetersäure gebracht, so zieht die Säure den Farbstoff zur Bildung des sauren Salzes an sich und leicht aus dem Elastin heraus. Wird dagegen das Elastin zugleich mit dem Farbstoff und der Salpetersäure in Berührung gebracht, so bildet sich jetzt die Verbindung aller drei Teile, welche eine sogenannte echte, schwer wieder lösliche ist. Ein nunmehriges Eintauchen in Salpetersäure kann das Fuchsin, dessen Verwandtschaft zur Salpetersäure bereits auf der Faser gesättigt ist, natürlich nicht mehr herausziehen.

Nach dieser Hypothese bildet sich die entsprechende Verbindung von Kollagen + Farbe + Salpetersäure nicht, oder wenn sie sich vorübergehend bildet, ist sie nicht echt genug, um nicht schon durch Lösungsmittel (Wasser, Alkohol) wieder dissociiert zu werden. Die Hypothese involviert mithin eine besondere Verwandtschaft der Salpetersäure zu den bestimmten Farbstoffen (hauptsächtlich den Rosanilinen) einerseits, zum Elastin anderseits. Sie bildet das verbindende Glied beider, ihr Fixierungsmittel, ihre Beize.

Die Unnasche Methode ist daher, auf ihre wesentlichen Faktoren zurückgeführt, zu bezeichnen als:

Die Methode der Färbung der elastischen Fasern mittels saurer salpetersaurer Rosanilinsalze. Ich schlage im Einverständnis mit ihrem Entdecker vor, sie kurz als die „Salpetersäuremethode" zu bezeichnen.

Es sei mir gestattet, hier in kurzem das bei uns gebräuchliche Verfahren zum Schlusse zu rekapitulieren:

Das excidierte Stück Haut etc. wird in absolutem Alkohol gehärtet (oder in Salpeter-, Osmiumsäure, Flemmings Lösung fixiert und in absol. Alkohol nachgehärtet), geschnitten und in Vesuvin, Wasserblau, Alkaliblau etc. vorgefärbt. Alsdann kommen die Schnitte in eine Lösung von:

Fuchsin	0,5
Aq. dest., Alkohol	ää 25,0
M. adde *Acid. nitric.* (25 %)	10,0
Solve in *Alkohol* q. s.	

in welcher sie 24 Stunden bleiben, darauf 2—3 Sekunden lang in 25prozentige Salpetersäure und zur Entfärbung des kollagenen Gewebes in schwaches Essigwasser. Sind sie hierin ziemlich entfärbt, so werden sie in absolutem Alkohol rasch entwässert, in Zedernöl aufgehellt und in Kanadabalsam montiert.

Die auf diese Weise gefärbten elastischen Fasern heben sich dunkelrot vom braunen oder blauen Grunde ab. Dunkelblau auf rotem oder braunen Grunde erhält man sie durch Vorfärbung in Karmin (resp. Vesuvin) und Färbung in folgender Flotte:

Methyliertes Rosanilin	
Methyliertes Pararosanilin	ää 0,25
Aq. dest.	
Alkohol	ää 25,0
M. Solve, adde	
Acid. nitric. (25 %), *Alkohol*	ää 12,5

Hamburg, 10. März 1887.

Gläserne Endoskope.

Von

P. G. Unna.

Posner schlägt (*Berl. klin. Wochenschr.* 1887. April 18.) ein nach dem Prinzip des Fergussonschen Vaginalspeculums verfertigtes Endoskop vor — offenbar ohne zu wissen, was vielen Fachkollegen bekannt ist (ich nenne beispielsweise Prof. Bergh, Dr. Grünfeld, Prof. Janowsky, Dr. Michelson, Dr. Pontoppidan), dafs ich seit 1878 ausschliefslich derartige Endoskope benutze und dieselben 1884 auf dem Kopenhagener Kongresse einem gröfseren Kreise von Kollegen demonstriert habe. Die Motive zu ihrer Konstruktion waren genau die von Posner angegebenen, ebenso ist die letztere genau die gleiche. Nur bediene ich mich eines ganzen Satzes von Ch. 16 bis 30 und habe zur Besichtigung des Colliculus seminalis längere, unten geschlossene, mit einem seitlichen Ausschnitt versehene anfertigen lassen, in welchen der Samenhügel vorspringt. Die Hauptvorteile sind die ungleich bessere Beleuchtung und die glattere, schonlichere Einführung, welche den Konduktor überflüssig macht. Der nicht leicht zu besiegende Nachteil ist die Möglichkeit, dafs die für den tieferen Teil der Harnröhre bestimmten, längeren Endoskope gelegentlich brechen könnten, was mir freilich nie passiert ist, mich aber doch bisher abgehalten hat, meine Idee dem praktischen Arzte zu empfehlen.

Referate.

Zur Physiologie der Talgdrüsen. Von Dr. Max Joseph in Berlin. (*Centralbl. f. Physiologie.* 1887. No. 1. 2. April.) (Autoreferat.)

Vom vergleichend physiologischen Standpunkte aus mufs jetzt der Frage, welche Rolle dem Talgdrüsensekrete für die Einölung der Haare, respektive Federn zukomme, eine erhöhte Würdigung zu teil werden. Im Hinblick darauf, dafs Professor Liebreich vor kurzem (*Berl. klin. Wochenschr.* 1885. No. 47) die grofse Verbreitung von Cholesterinfetten in keratinisierten Zellen nachgewiesen und funktionell in den Vordergrund gestellt hatte, wurden Zweifel rege, ob dieses „intracelluläre" Fett vollkommen für die normale Erhaltung der Haare, respektive der Federn ausreiche, oder ob hierbei doch dem „additionellen" Fette der Talgdrüsen eine wesentliche Rolle zufalle.

Einer Lösung dieser Frage würde man näher gebracht werden, wenn man einem Tiere die Talgdrüsen exstirpieren und an ihm dann das weitere Verhalten der Haare, respektive Federn verfolgen könnte. Wegen der bei den Säugetieren über den ganzen Körper ausgedehnten Verteilung der Talgdrüsen ist hier eine derartige Operation natürlich unmöglich, dagegen läfst sie sich sehr gut bei den Vögeln ausführen. Bei ihnen bildet die Bürzeldrüse das Äquivalent der Talgdrüsen der Säugetiere, und wegen der isolierten Lage ist ihre Entfernung ohne grofse Schwierigkeit möglich. Daher stellte ich mir die Aufgabe, eine Anzahl Enten dieser Operation zu unterwerfen und an ihnen die danach eintretenden Störungen zu kontrollieren.

Die Entfernung der Bürzeldrüsen ist bei den Enten eine ziemlich einfache Operation. Durch Abpräparieren eines halbmondförmigen Hautlappens werden die beiden Drüsenhälften freigelegt und exstirpiert, die hierbei eintretende geringe Blutung wurde gestillt, die Haut zugenäht und die Wunde mit Jodoform bestreut. Die Vernarbung war meist in einigen (6 bis 7) Tagen per primam eingetreten. Das Allgemeinbefinden der Tiere war stets ein vollkommen ungestörtes. Todesfälle infolge der Operation kamen nicht vor.

Meine Untersuchungen waren nun zunächst darauf gerichtet zu erfahren, wie die operierten Tiere sich der Einwirkung des Wassers gegenüber verhalten würden. Zu diesem Zwecke wurden immer mehrere Tiere gleichzeitig operiert. Etwa am zehnten Tage nach der Operation wurden dieselben dann, nachdem ihr Gewicht sorgfältig bestimmt war, auf eine Minute in einem grofsen Kübel Wasser untergetaucht und sofort darauf wieder gewogen. Nun wurde den Tieren Gelegenheit gegeben, durch freie Bewegung in einem grofsen Raume ihr Wasser abzuschütteln, und etwa nach einer Viertelstunde wurde wiederum jedes Tier einzeln gewogen. Ganz genau derselbe Modus wurde an einer gleich grofsen Anzahl normaler Tiere zur Kontrolle vorgenommen. Dabei stellten sich die folgenden, wie mir scheint, sehr interessanten Unterschiede heraus, welche ich in Form einer

Tabelle wiedergebe. In der ersten Kolumne steht das Gewicht der Enten bei Anfang des Versuches, in der zweiten nach dem Untertauchen, in der dritten nach dem Abschütteln. In der vierten Koulumne ist durch Subtraktion die Wasseraufnahme der Federn nach dem Untertauchen gewonnen und in der letzten Reihe sind die Werte der in dem Federkleide zurückgebliebenen Wassermenge zu finden:

	Normale Enten:					Operierte Enten:				
	Gramm					Gramm				
I.	1520	1820	1590	300	70	1745	2240	1850	495	105
II.	1650	1870	1690	220	40	1190	2020	1720	430	130
III.	1250	1570	1290	320	40	1890	2120	2020	230	130
IV.	1360	1850	1450	490	90	1220	1480	1350	260	130
V.	1620	2300	1690	680	70	1600	1970	1750	370	150
VI.	1430	1850	1450	420	20	1450	1900	1600	450	150
VII.	1460	2200	1540	740	80	1350	1850	1500	500	150
VIII.	1410	1850	1450	440	40	1450	1920	1600	470	150
IX.	1630	2300	1650	670	20	1340	1950	1500	610	160
X.	1380	1700	1420	320	40	1370	1820	1500	450	130
XI.	1270	1700	1340	430	70	1470	2100	1600	630	130

Bei normalen Enten beträgt die durchschnittliche Wasseraufnahme in einer Minute etwa 465 Gramm und schwankt zwischen 220 bis 740 Gramm. Bei operierten Enten ist die Menge ungefähr die gleiche, sie beläuft sich etwa auf 445 Gramm und schwankt zwischen 230 und 630 Gramm. Dagegen beträgt nach einviertelstündigem Abschütteln des Wassers die in den Federn zurückgebliebene Menge bei normalen Enten 56,6 Gramm (Min. 20, Max. 90 Gramm) und bei operierten Tieren erreicht sie die Höhe von 137,7 Gramm (Min. 105, Max. 160 Gramm).

Das eindeutige Faktum, welches sich aus diesen Versuchen ergibt, lautet, dafs normale und ihrer Bürzeldrüse beraubte Enten zwar gleich viel Wasser bei der Durchnässung in ihr Federkleid aufnehmen, dafs die letzteren aber 2- bis 2½mal so viel mehr Wasser in ihren Federn zurückbehalten als gesunde Tiere.

Interessant war noch die Beobachtung der Tiere beim Wasserabschütteln. Normale Enten bedürfen nur einer geringfügigen Bewegung um das Wasser wieder zu entfernen. Operierte Tiere dagegen entledigen sich durch sehr starkes Schütteln des aufgenommenen Wassers, und es dauert eine ganz geraume Weile, bis ihre Federn wieder trocken geworden sind.

Mir schienen diese Thatsachen der Mitteilung wert. Folgerungen daraus zu ziehen, unterlasse ich, bis ich die ganze Versuchsreihe abgeschlossen haben werde.

Ich hätte diese Versuche nicht anstellen können, wenn ich nicht durch das aufserordentlich bereitwillige Entgegenkommen des Herrn Professor

R. Kossmann aus Heidelberg, welcher in Woltersdorf bei Berlin eine Geflügelzuchtsanstalt besitzt, in der förderndsten Weise unterstützt worden wäre. Seine Ratschläge und Winke mufsten mir deshalb um so willkommener sein, weil er selbst im Jahre 1871 eine sehr sorgfältige Studie über die Talgdrüsen der Vögel geliefert hatte (*Zeitschrift für wissenschaftl. Zool.*). Herr Professor Kossmann überliefs mir in zuvorkommendster Weise sein Material und bestätigte selbst die oben mitgeteilten Thatsachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Über Masernrecidive, von Dr. M. Ramm. (*Breslauer ärztl. Zeitschr.* 1887. No. 4.) In der letzten Breslauer Masernepidemie hat R. bei einem 2jähr. Knaben, der am 2. Dezember 1886 zum erstenmal von Masern befallen war, beobachtet, dafs derselbe am 10. Januar 1887 zum zweitenmal ein Masernexanthem bekam, und waren zu beiden malen die sonstigen Erscheinungen der Morbilli vorhanden. Die Intensität der Krankheit war beide mal ziemlich die gleiche und beide mal ziemlich heftig. Der Ausschlag insbesondere war beide mal sehr stark entwickelt. Die Flecke konfluierten besonders im Gesichte und am Rumpfe; sie waren ca. 8 Tage zu erkennen.

Hartnäckiges Ekzem des Nasenrückens, von Dr. Klamann. (*Allg. Med. Central-Ztg.* 1887. No. 24.) Die Schuhmacherfrau H. litt seit ihrer Jugend an nässenden, pustulösen Ekzemen, welche zeitweise einzelne Stellen des Körpers, besonders Kopf und Gesicht, befielen. Im Frühjahr 1885 entwickelte sich auf dem Rücken der Nase ein Ekzem, welches das ganze Gesicht sehr entstellte und die Frau zwang, wochenlang das Zimmer zu hüten. Das Ekzem hatte eine Ausdehnung von 2 cm in der Breite und erstreckte sich auf den ganzen Nasenrücken. Die Behandlung mit Quecksilber- und Salicylsalben war ohne Erfolg; Jodoform und Naphthol wurden nicht vertragen. Nach Auskratzen der ganzen Wunde mit dem scharfen Löffel wurde nach Unna Zinksalbenmull aufgelegt, unter welchem die Bildung der Epidermis stetigen Fortgang nahm; jedoch vertrug es die neue Haut nicht, wenn der Mull fortgelassen wurde, sobald die Überhäutung vollendet war; das Nässen begann immer wieder von neuem. K. liefs deshalb, um die neue Oberhaut an die Luft zu gewöhnen, das Pflasterstück ganz allmählich kleiner schneiden, so dafs nur ein schmaler Rand jedesmal der Luft ausgesetzt wurde. So heilte das Ekzem. Zur Nachbehandlung wurde Ung. Zinci, welches mit Karmin rötlich gefärbt war, angewendet.

Vitiligo acquisita syphilitica, von Dr. R. Poelchen in Danzig. (*Virchows Archiv.* Bd. 107.) Auf der pigmentierten Haut von Individuen,

die vor Wochen oder Monaten an einem makulösen syphilitischen Exanthem gelitten haben, finden sich, besonders häufig bei Frauen, weifsliche, nicht ganz scharf umschriebene, rundliche oder elliptische Flecke, deren gröfster Durchmesser selten mehr als 1½ cm zu betragen pflegt. Sie entsprechen demnach in ihrer Formation ungefähr den Roseolaflecken. Prädilektionsstelle derselben ist der Hals, welcher sich, besonders bei Frauen, durch stark dunkle Pigmentierung auszeichnet. Nächstdem finden sich die Flecke am Rumpf, den Oberarmen und Oberschenkeln, ganz ausnahmsweise am Gesicht, am Unterarm und Unterschenkel. Diese Flecke werden als die Residuen der Syphilis, ein Zeichen verschwundenen makulösen Exanthems, jetzt allgemein aufgefafst, und bezeichnet Neisser diese Affektion mit dem Namen Leucoderma syphiliticum. Verf. hat im Laufe der Jahre unter 490 syphilitischen Weibern 255 mit Vitiligo gefunden = 52 %; bei Männern hat er dieses Symptom nur bei 4 % beobachtet. Das Auftreten der weifsen Flecke schliefst sich unmittelbar an das Verschwinden der Roseola. Nach Tagen oder Wochen findet man dort, wo ein roter Fleck safs, einen weifsen, vorausgesetzt, dafs die umgebende Haut pigmentiert ist. Die Vitiligo entsteht nur, wenn von der betreffenden Hautpartie pigmentierende Einflüsse, so vor allem das Sonnenlicht, ferngehalten werden, sonst nicht. Ferner entwickelt sie sich nur bei Individuen mit zarter dünner Oberhaut, deshalb bei Männern seltener. Wie sich Vitiligo unter pigmentbildenden Einflüssen nicht entwickelt, so wird sie wiederum durch eben dieselben zum Verschwinden gebracht, und darum ist ihre Dauer eine so sehr verschiedene, je nachdem das betreffende Individuum seine Haut schützt oder nicht. Länger als 48 Monate hat P. bis jetzt Vitiligo noch nicht bestehen sehen; bei einem Soldaten fand er sie nach 48 Stunden ebenso dunkel pigmentiert, wie die umgebende Haut, weil der Betreffende stark den Sonnenstrahlen ausgesetzt war. Eine Vermehrung des Pigments in der Umgebung oder Flecke hat P. trotz sorgfältigster, gerade darauf gerichteter Beobachtungen nicht konstatieren können. Jedenfalls ist es unrichtig, die dunklen Pigmentnetze auf der Haut, wie es besonders von französischer Seite geschehen ist, etwa für sogenannte Syphilide pigmentaire und die pigmentlosen Lücken für normal zu halten. Zu erwähnen ist noch, dafs Verf. bei 490 Frauenzimmern nur neunmal einen weifsen, nicht pigmentierten Hals gefunden hat.

Erfahrungen über Salol, von Dr. L. Feilchenfeld. (*Therap. Monatsh.* 1887. No. 2.) Auf der chirurgischen Abteilung des jüd. Krankenhauses in Berlin wandte F. das Salol in Dosen von 1 g und pro die 2,0—3,0 g bei Blasenkatarrh und bei Pyelitis an. Die Wirkung bei Blasenkatarrh war in allen Fällen eine gute, insofern der Urin, wenn er vorher alkalisch war, sauer wurde, ferner der Eitergehalt geringer und die Diurese reichlicher wurde. Diese günstige Wirkung sah F. namentlich bei akuten Fällen, bei Blasenkatarrh nach Sectio mediana zwei mal und wiederholt bei Cystitis gonorrhoica. Auch wenn es sich um Prostatahyperthrophie handelte, konnte

man den Urin in seiner Beschaffenheit sich durch den Gebrauch von 3,0 g Salol bessern sehen. In zwei Fällen von Pyelitis wurde der Eitergehalt in ganz evidenter Weise verringert, wie es durch andre Mittel nicht erreicht werden konnte. Von üblen Wirkungen wurde bei den geringen Dosen nicht viel gesehen. Häufig trat die für die Karbolurie charakteristische olivfarbene Beschaffenheit des Urins ein, welche indes trotz Weitergebrauch des Mittels bald verschwand. Einige mal mufste das Mittel ausgesetzt werden, weil es zu starkem Urindrang führte. — Äufserlich wurde das Salol bei Unterschenkelgeschwüren, welche mit schmierigen, eiterigen Belägen bedeckt waren, angewandt. In diesen Fällen reinigten sich die Geschwüre sehr bald. — Bei einem Patienten, bei welchem nach Exstirpation eines wegen Ulc. molle entstandenen Bubo inguin. die Wunde schankrös geworden war, wirkten alle Mittel, wie Chlorzink, Chlorwasser, rauchende Salpetersäure, der Paquelin etc. nicht; sie verhinderten nicht die Propagation des schankrösen Prozesses. Erst nach vollständiger gründlicher Exstirpation der ganzen Geschwürsfläche und nach täglicher Applikation von Salol heilte die Wunde sehr bald und blieb vollständig geschlossen, nachdem fast ein Jahr hindurch die Behandlung gedauert hatte.

Geschichtliche Notizen über Oesypum und therapeutische Versuche mit dem reinen wasserfreien Lanolin, von Dr. N. Wulfsberg (Christiania). (*Therap. Monatsh.* 1887. No. 3.) Im ersten Teile des Aufsatzes bringt Verf. nicht uninteressante Notizen über Oesypum, dessen Darstellung und Gebrauch im Altertum, und geht dann zu seinen Erfolgen von der Anwendung des gereinigten Lanolins über. Dabei hebt er zuerst die günstige Wirkung des reinen wasserfreien Lanolins bei Pruritus, wobei schon kurze Zeit nach der ersten Einreibung das Jucken aufhörte, und bei Prurigo senilis hervor. Bei einer 88jähr. Frau wurde jeden Abend der 4. Teil des Körpers mit einer Salbe, die aus Lanolin. anhydric. und 50 % Adeps suill. bestand, eingerieben. Sehr bald stellten sich Schlaf und Efslust ein; nach 4 Wochen war das Befinden wieder normal. Bei einfachen Schrunden und Exkoriationen wurde teils Lanolin eingerieben, teils wurde es auf einen Bausch gereinigter Baumwolle gestrichen und so aufgelegt. Von Lanolimenten diente eins aus wasserfreiem Lanolin mit 10 % Zinkoxyd statt der gewöhnlichen Zinksalbe. Statt des Ceratum labiale wurde das Lanolimentum oxydi Zincici sehr beliebt; es macht die Lippenhaut geschmeidig und hat einen indifferenten Geschmack. Noch bessere Resultate wurden mit den Borsäurelanolimenten, die als 10 %iges und als 20 %iges zur Verwendung kamen, erzielt. So heilten zwei Fälle von Herpes circinatus binnen Wochenfrist unter diesen Linimenten. Bei einem sehr schweren Ekzem einer 38jährigen Patientin wurde die 20 %ige Salbe sehr dick aufgelegt, auch an den nässenden Stellen liefs sie sich mit Leichtigkeit einreiben. Das Jucken wurde sogleich weniger lästig, die Anschwellung hat sich nach und nach verteilt und schwand innerhalb 8 Tagen mit allen Bläschen. Bei bett-

lägerigen weiblichen Kranken, wo das tägliche Ordnen der langen Haare wegen der Zusammenfilterung derselben sehr lästig wurde, hat die folgende Pomade gute Dienste geleistet:

℞ *Lanolini puriss. anhydr.* 15,0
Cetacei
Olei Amygdalar. aa 5,0
Olei Bergaminae gutt. V.
Olei Lavandulae gutt. XV.
M. f. l. a. ung. D. S.

Auch die Teermittel lassen sich zweckmäfsig als Lanolimente bei trocknen Ekzemen anwenden und zwar:

Ung. basilici nigr. 5,0
Lanolin. puriss. anhydr. 45,0

Eine Ergotinsalbe (10 %), die W. häufig bei Hämorrhoidalleiden verordnet, ist auch mit Lanolin. anhydr. bereitet worden und ist sehr gut ausgefallen. Endlich hat W. ein mit 10 % Fett bereitetes Lanolimentum hydrargyri cinereum teils unverdünnt, teils mit der 20fachen Menge wasserfreiem Lanolin verrieben, in einer Anzahl von Fällen angewandt. Die verdünnte Salbe erwies sich gegen Ungeziefer sehr zweckmäfsig. Es waren nur wenige Einreibungen notwendig, um zahlreiche Ansiedelungen von Pediculi pubis auszurotten, und die bei der gewöhnlichen Quecksilbersalbe oft recht unangenehme Hautirritation kam in keinem Falle zu stande. Diese Salbe wurde auch bei einer chronischen Hautinfiltration um die Achillessehne nach einem geheilten Geschwür in Anwendung gezogen, und in 8 Tagen war die Resorption derselben erreicht. Bei Leukorrhöe mit stark reizendem Sekret (ohne nachweisbare gonorrhoische Infektion) wurde das stärkere Quecksilberlanoliment mit gutem Erfolge benutzt.

Die physikalischen Untersuchungsmethoden der männlichen Harnblase, von Dr. Max Nitze. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1887. No. 8 und 9. Trotz der bis jetzt bekannten und gebräuchlichen Untersuchungsmethoden der männlichen Harnblase gibt es viele dunkle Fälle, die in nicht genügender Weise aufgeklärt werden. Die glänzenden Resultate der Simonschen Digitalexploration der weiblichen Harnblase haben Volkmann und Thompson zu einer Methode geführt, wodurch die Blase und deren Innenfläche in mehr oder weniger grofser Ausdehnung abgetastet werden kann. Doch auch diese Methode hat viele Mängel, so dafs einzelne sogar den hohen Blasenschnitt als diagnostisches Hilfsmittel an ihre Stelle gesetzt haben. Infolge dessen hat man das Innere der Blase dem Gesichtssinne ohne vorherige blutige Operation zugängig zu machen gesucht, indem man durch röhrenförmige, per urethram eingeführte Instrumente in das Blasencavum hineinblickt. Wir unterscheiden zwei Arten der Kystoskopie: die ältere, von Désormeaux begründete, bei der das Licht von einer aufserhalb des Körpers befindlichen Lichtquelle mittels eines Reflektors in die Blase hineingeworfen wird, und

die von Nitze angegebene elektro-endoskopische mit Einführung der Lichtquelle in das zu untersuchende Hohlorgan und Erweiterung des Gesichtsfeldes durch einen ebenfalls neuen optischen Apparat. Bei dieser letzteren Methode dient als Lichtquelle ein Platindraht, der während der Dauer der Untersuchung galvanisch weifsglühend erhalten wird, während eine kontinuierliche Zirkulation kalten Wassers eine Erwärmung des Instruments verhindert. (Die Instrumente werden von P. Hartwig-Berlin angefertigt.) Mit diesen Instrumenten wird nun die Innenfläche der Blase so hell erleuchtet, als ob sie aufgeschnitten und hellem Tageslicht ausgesetzt wäre; vermittelst des optischen Apparates übersieht man ohne Bewegung des Kystoskopes mit einem Blick in einer mäfsig ausgedehnten Blase ein Schleimhautstück von der Gröfse eines silbernen Fünfmarkstücks in gröfster Klarheit der Details, durch geeignete Bewegungen gelingt es, in der kürzesten Zeit jede Stelle der Schleimhaut zur Anschauung zu bringen. Die krankhafte Blase bietet neue überraschende Bilder; schon bei der katarrhalischen Affektion erblickt man bald eine gleichmäfsig gerötete Fläche mit deutlicher Gefäfsinjektion, bald ist diese Rötung eine ungleichmäfsige, fleckige und streifige, und dann meist auf den Blasenhals beschränkte. In andern Fällen findet man eine livide Färbung mit mehr oder weniger starker Wulstung der Schleimhaut die dann in groben Falten in das Blaseninnere vorspringt. Von der so veränderten Schleimhaut hängen meist reichliche Schleimfetzen flottierend in die Flüssigkeit hinein; vom hellen Lichte des Instrumentes glänzend erleuchtet, geben sie oft die zierlichsten Bilder. Wird eine entzündete Partie der Blasenschleimhaut mit dem Schnabel des Instrumentes unsanft berührt, so sieht man, wie zunächst eine punktförmige Blutung erfolgt, wie der Tropfen allmählich gröfser wird, als kleiner Polyp in das Blacencavum vorspringt, um endlich abzureifsen und nun auch den Blaseninhalt blutig zu färben. Steine und Fremdkörper erkennt man so deutlich, als ob sie direkt davor lägen. Die gröfsten Triumphe aber feiert die Kystoskopie in geeigneten Fällen von Tumoren, polypösen wie mehr flächenhaften, gutartigen wie bösartigen. Die Kystoskopie mufs demnach allen andern Untersuchungsmethoden vorgezogen werden, da sie für den Kranken mit den geringsten Beschwerden und Gefahren verknüpft ist. Sie ist selbst der einfachsten Sondierung vorzuziehen, da beim Sondieren die Sonde mit jeder Stelle der Blasenwand in Berührung kommt, während das ungleich schonendere Prinzip der Kystoskopie dahin lautet, dem, was man sehen will, nicht zu nahe zu kommen. Schon um jede stärkere Blutung zu vermeiden, müssen wir die Untersuchung mit der gröfsten Schonung vornehmen; unter Zuhilfenahme von Kokain läfst sie sich auch bei empfindlicher Blase ohne Schmerzen ausführen. Nie hat N. eine Reaktion nach einer kystoskopischen Untersuchung beobachtet. Die Kystoskopie ist ferner noch geeignet, nach vollendeter Lithotripsie die Blase nach kleinen Steinfragmenten abzusuchen und auf diese Weise die noch so grofse Häufigkeit baldiger Recidive nach genannter Operation zu vermindern. In bezug auf Blasentumoren, die meist gutartiger

Natur sind, wenn sie nur frühzeitig entfernt werden können, werden alle Chirurgen der Ansicht sein, dafs wir einen Fortschritt in der Behandlung der Blasentumoren nicht sowohl von der Vervollkommnung der Operationsmethoden, als von der Ermöglichung einer Frühdiagnose zu erwarten haben. Die einzige Schattenseite der Kystoskopie ist die, dafs sie neben der selbstverständlichen Durchgängigkeit der Urethra noch eine gewisse Blasenkapazität und eine gewisse Durchsichtigkeit des Blaseninhalts wenigstens während der Dauer der Untersuchung verlangt. Die für die Untersuchung vorteilhafte Ausfüllung der Blase sind 150 ccm; auch die Durchsichtigkeit des Blaseninhaltes braucht keine absolute zu sein; auch bei sehr trübem Urin gelingt es in der Mehrzahl der Fälle, durch Ausspülen etc. die Blase für die kurze Zeit der Untersuchung mit einem klaren Medium anzufüllen. Von der so gefürchteten Hämaturie endlich wissen wir, dafs sie meist intermittierend auftritt; man mufs dann die Zeiten mit blutfreiem Urin zur Untersuchung benutzen. Die durch das Instrument selbst bewirkten Blutungen sind meist nicht zu fürchten. Vor allem ist zu empfehlen, die Kystoskopie so früh wie möglich zur Anwendung zu bringen.

Berlin. L. Hoffmann.

Österreich.

Doz. Dr. Th. Schech in München. **Beitrag zur Lehre von der Syphilis der Lunge, der Trachea und der Bronchien.** (*Internat. klin. Rundschau.* 1887. No. 5.) Entgegen der Ansicht Strümpells u. a. Autoren hält Verf. die Existenz der Lungensyphilis auch pathologisch-anatomisch nachgewiesen. Eine 60jährige, vor mehreren Jahren infizierte Frau zeigte die physikalischen Merkmale der Lungenphthise; in den Sputis Alveolargewebe; an der Trachea, mehrere Zentimeter über der Bifurkation, an der vorderen Wand ein beiläufig bleistiftdicker, konisch zugespitzter, blafsroter Tumor, auf der rechten Seite an der Hinterwand der Trachea breitbasige, nach links schauende Geschwulst, 1 mm von ersterer. Bei der Sektion im oberen Teile der Trachea, links auf dem ersten Trachealknorpel beginnend, eine Ulceration 2 cm lang, 1 cm breit, mit erhabenen Rändern, etwas unterhalb ein zweites seichteres Geschwür; 5 cm über der Bifurkation ein oben mit wallartigem Rande abgegrenztes tiefes Geschwür, das sich beiderseits in die beiden Bronchi fortsetzt. Im Bereiche des Geschwüres Trachealwand und peritracheales Bindegewebe ungemein verdickt; rechte Wand der Trachea 1 cm, linke 8 mm im Durchmesser, Tracheal- und Bronchialknorpel in dem Gebiete des Geschwüres fast überall frei als papierdünne, gelbbraune Rudimente über die Geschwürsfläche emporragend. Die Geschwüre setzen sich von den ringförmig ulcerierten Hauptbronchien aus in die Bronchien des Oberlappens fort, werden aber immer schmäler und nehmen zuletzt die Form von Längsrissen an, während die übrige Schleimhaut verdickt und zum

Teil von netzartigen Narben durchzogen wird. Bronchien des mittleren und oberen Lungenlappens intakt. Lungen beiderseits an den Spitzen adhärent, in den oberen Lungenlappen Stellen von derber Konsistenz, Pleura darüber milchartig getrübt oder schwartig. Die harten, luftleeren Stellen auf dem Durchschnitte gelbweifs oder schiefergrau; Streifen von verdicktem interlobulären und interalveolären Bindegewebe. In der rechten Lungenspitze wallnufsgrofse Kaverne, daneben und in der linken Lungenspitze mehrere bis erbsengrofse Höhlen mit käsigem Inhalt, in der linken Lungenspitze zwei erbsengrofse Bronchektasien, umgeben von luftleerem Gewebe, das unter dem Mikroskop beträchtliche Wucherung des interlobulären und interalveolären Bindegewebes und kleinzellige Infiltration der Alveolen zeigt. Die unteren Lungenränder aufgebläht, Lunge sonst normal, an den übrigen Organen nichts Auffallendes; nirgends Tuberkeldepots oder andre Herde, die auf eine andre Veranlassung des Prozesses in der Lunge hingewiesen hätten; auch Fremdkörperpneumonie war in anbetracht des intakten Zustandes der mittleren und unteren Lungenpartien, in welchen Fremdkörperpneumonie hauptsächlich lokalisiert zu sein pflegt, auszuschliefsen. Der Prozefs beschränkte sich auf die Lungenspitzen, deren Bronchien unzweifelhaft syphilitische Veränderungen aufwiesen. Der Verf. hält es mithin für bewiesen, dafs auch Syphilis zur Zerstörung des Lungenparenchyms führen kann.

Assist. Dr. S. Lustgarten. **Das Kokain in der Behandlung der Hautkrankheiten und der Syphilis.** (*Wiener Mediz. Wochenschrift.* 1887. No. 12.) Bei unversehrter Hornschicht auf die Haut appliziert, wird Kokain nicht resorbiert und ist durchaus indifferent; bei verdünnter oder fehlender Hornschicht hingegen entfaltet es seine Wirkung. Seine Indikationen sind insbesondere 1. akutes und subakutes Ekzem mit reichlichen, vesikulären, stark juckenden Nachschüben; Bepinselung mit 2 prozentiger wässeriger Kokainlösung 1—2 mal in 24 Stunden bewirken ein beträchtliches Nachlassen des Juckens. Sehr erfolgreich bei juckendem und brennendem Ekzem der männlichen und weiblichen Genitalien und der Umgebung der Analöffnung ist (nebst lauwarmen Sitzbädern und Seifenwaschungen 1 mal täglich) Cocaini oleinici 0,40—1,00, Lanolini 18,00, Ol. olivar. 2,00, 2 mal in 24 Stunden ein entsprechendes Stück Salbe mehrere Minuten hindurch eingerieben und darüber eingepudert. Bei Pruritus ani aufserdem Suppositorien mit je 0,05 Cocainum oleinicum. — 2. Schmerzhafte Substanzverluste (Pyrogallus-Arsenätzungen, Herpes Zoster gangraenos. etc.); hier sind 1 % Cocainum oleinicum-Fett- oder Lanolinsalben besser als Belladonna oder Opiumsalben. — 3. Zu schmerzloser Touchierung mit Arg. nitr. mehrmalige Bepinselung mit 2 % wässeriger Cocainum muriaticum-Lösung. — Ferner bewährte sich 2 % Kokainlösung als Injektion bei schmerzhafter Erektion im Verlaufe der akuten Blennorrhöe; bei Reizzuständen in der hinteren Harnröhre obige Suppositorien. — Subkutan oder in das retikuläre Gewebe der Cutis verteilt, wurde mit Erfolg folgende Lösung injiziert. Cocaini

muriatici 0,50, Solut. acidi carbolici 2 % 10,00; letzterer Zusatz dient zur Verhinderung der sonst sehr leicht eintretenden Schimmelbildung. Diese Anwendung wurde erprobt in 50 Fällen: bei Zirkumzisionen (zwischen die Lamellen des Präputiums an 3—4 Stellen, bei Exstirpationen von Epitheliomen der Lippen, einem Lipom von Hautstücken, Atheromen, bei Inzision von Bubonen etc. Zwei Teilstriche obiger Lösung anästhesieren im allgemeinen ein kreisförmiges Areal von 2 cm Durchmesser. Bei Operationen im gesunden Gewebe war die Analgesie vollständig; bei Lupus wurde ca. 1 cm vom Rande injiziert, trotzdem nicht immer mit hinreichendem Erfolg. Bei subkutaner Anwendung von Quecksilber genügte eine halbe Spritze der obigen Lösung; nach der Kokaininjektion wurde die Kanüle stecken gelassen und das Quecksilberpräparat nachgeschickt. Bei 2 % Natr. arsen.-Lösung genügten zwei Teilstriche der 5 % Kokainlösung (0,01). Durch direkten Zusatz des Kokains zu den Quecksilber- und Arsenverbindungen finden Zersetzungen statt. Verfasser mahnt zur Vorsicht auch bei der Normaldosis von 0,05 Kokain und erwähnt drei von ihm beobachtete Intoxikationen nach dieser Dosis.

Wien. SCHIFF.

Amerika.

Journal of cutaneous and venereal diseases. Vol. IV. No. 4.

Die Reihe der Originalarbeiten eröffnet PRINCE A. MORROW mit einem Aufsatz **über die bullöse Form des Jodexanthems**, welcher einem neuen Werke dieses Autors über Arzneiexantheme entnommen ist. Die Litteratur enthält verhältnismäfsig nur wenige Fälle dieser Form des Jodausschlages, und es dürfte daher von Interesse sein, diesen in verschiedener Hinsicht höchst instruktiven Fall, welcher von M. mitgeteilt und durch Abbildungen veranschaulicht wird, etwas eingehender zu berücksichtigen.

Der Pat., ein ca. 50 Jahre alter Deutscher, zeigte bereits bei seiner Aufnahme in das Hospital — am 9. Oktbr. 1885 — auf dem Gesicht, den Ohren, dem obern Teil des Halses, sowie der Dorsalfläche der Hände und Handgelenke einen Hautausschlag. Die Haut des Gesichts war gerötet und infolge hochgradiger Infiltration um 1/4" verdickt, wodurch die natürlichen Linien in tiefe Furchen verwandelt waren. Durch die ödematöse Schwellung der Augenlider waren die Augen geschlossen. Gesicht und besonders Stirn dicht besetzt mit kleinen Pusteln und Bläschen, zum Teil schon geplatzt und zu Schorfen eingetrocknet. Auf der obern Stirn durch Verschmelzen der dicht gedrängten Blasen ein Gürtel von aufgehobener Epidermis, sehr ähnlich dem vorrückenden Rande eines Erysipels, welches an der Grenze des Kopfhaars plötzlich stillsteht. Dieser Ausschlag überschritt weder im Gesicht, noch am Nacken die Haargrenze. Auf den geschwollenen Nasenflügeln erbsengrofse, zum Teil pustulöse Läsionen; die Ohren ebenfalls ge-

schwollen. Auch die Dorsalflächen der Hände und Handgelenke zeigen die Rötung und Infiltration der Haut, wie im Gesicht, jedoch etwas schwächer. Der linke Handrücken bis zu den Fingerspitzen bedeckt von Blasen von 10 Pfennig- bis zu Thalerstück-Gröfse; ebenso die rechte Hand und das Handgelenk. Der 2., 3. und 5. Finger der letzteren Hand wurden auf der Rückseite in ihrer ganzen Länge von zusammenhängenden Blasen mit serösblutigem Inhalt eingenommen. Der sonstige Körper war vollkommen frei von Ausschlag. Pat. war sehr apathisch, fast somnolent, und zeigte Tremor der Hände. Respiration und Puls beschleunigt. Morrow stellte die Diagnose auf Jodkaliexanthem, ohne von dem thatsächlichen Gebrauch dieses Mittels unterrichtet zu sein. Diese Kombination des Verfassers bestätigte sich wirklich durch die Krankengeschichte des Pat. aus der Zeit vor seiner Aufnahme. Er war bereits am 23. Septbr. wegen unvollständiger Paraplegie in das Nervenhospital eingetreten und hatte daselbst bis zum 4. Oktober 900 g Jodkali verbraucht. Bereits am 3. Tage nach Beginn des Jodgebrauchs zeigte sich ein Erythem im Gesicht mit Bildung von Bläschenpusteln und etwas später auf den Handrücken. Unter dem fortgesetzten Gebrauche des Medikaments nahm die Intensivität des Ausschlags mehr und mehr zu und die Bläschen entwickelten sich weiter zu Blasen von verschiedener Gröfse. Am 4. Oktbr. wurde das Jod ausgesetzt und für einige Tage Calcium sulfuratum in Pillen gegeben.

Im weitern Verlaufe flossen die Blasen auf der einen Hand nach Morrows Mitteilungen zusammen und bildeten eine enorme Blase mit einer Ausdehnung vom Handgelenk bis zu den Fingerspitzen und von auffallend blauer Farbe; der rötliche, seröse Inhalt einiger eröffneter Blasen enthielt kein Jod. Die schmutzig blaue Farbe nahmen auch einige ältere Blasen an den Händen an, und der klare, seröse Inhalt derselben verwandelte sich in schmutzig roten, serösen Eiter. Allmählich nahm die Schwellung und Infiltration der Haut wieder ab. Die Blasen wurden sämtlich geöffnet, mit $2^1/_2$ %iger Karbollösung ausgewaschen und mit Karbolvaseline verbunden. Bis zum 5. Novbr. waren alle Spuren des Ausschlags verschwunden, aber das Befinden des Pat. nicht besser geworden. Es fand sich eine Mitralinsufficienz und am 15. Novbr. bei zunehmender Schwäche des Pat. Lungenödem. Am folgenden Tage trat der Tod ein.

Die Sektion ergab Erweiterung und Vergröfserung des linken Herzens, Insufficienz der Mitralis mit atheromatösen Auflagerungen, atheromatöse Veränderung der Aorta und Ödem der Lungen mit phthisischen Verdichtungen beider Spitzen, jedoch ohne Kavernen. Die Nieren etwas kleiner, dunkler gefärbt, härter mit granulöser Oberfläche und adhärenter Kapsel.

Für die thatsächliche Abhängigkeit des Ausschlages von der Einverleibung des Jodkali in den Organismus spricht wohl hinreichend das Erscheinen des Exanthems binnen 3 oder 4 Tagen nach Beginn der Kur, die Steigerung der Hautsymptome mit dem fortgesetzten Jodgebrauch, ferner

die Abnahme der letzteren bald nach dem Aussetzen des Mittels, und endlich negativ das Fehlen jeder andren Ursache.

Die Thatsache, dafs das Jodkali schon am 4. Okt. ausgesetzt wurde, während der Ausschlag erst 4—5 Tage später seine höchste Entwickelung erreichte, glaubt Verf. dadurch erklären zu sollen, dafs sich das Jod wahrscheinlich infolge der Nierenaffektion — welches Organ vorzüglich die Ausscheidung des Jods besorgt — anhäuft und somit seine toxische Wirkung leicht noch einige Tage nach Aufhören seiner weiteren Zufuhr ausüben kann. Nach ihm finden sich manche schwere Formen des Jodausschlages bei gleichzeitiger Nieren- und Herzerkrankung.

Es folgt der Schlufs des Vortrages von Fessenden N. Otis über **die Begrenzung des kontagiösen Stadiums der Syphilis, besonders in Beziehung zur Ehe,** dessen erste Hälfte bereits in dem vorigen Heft besprochen worden ist. Verf. führt zunächst aus Fourniers wichtigem Werke: *Syphilis und Ehe,* dessen sorgfältige Zusammenstellung von 82 selbst beobachteten Beispielen an als Beweis dafür, dafs Syphilis nur für eine gewisse Zeit ein Hindernis der Ehe ist. Sämtliche Fälle betreffen zweifellos syphilitische Patienten, welche nach ihrer Verheiratung nicht die geringsten Symptome auf die Frauen übertragen haben; auch deren Kinder, in Summa 156, waren absolut gesund. Von diesen Männern, deren Unfähigkait, Syphilis zu übertragen, auf diese Weise nachgewiesen war, zeigten trotzdem 36 späte oder tertiäre Läsionen nach ihrer Verheiratung, teils vor, teils nach der Geburt von Kindern. Unter diesen Läsionen fanden sich fast alle Formen der syphilitischen Manifestationen. Wichtig ist auch die statistische Aufstellung Fourniers, wonach in diesen 87 Fällen die Verheiratung durchschnittlich $5^{8}/_{10}$ Jahre nach der Infektion stattfand; 25 % heirateten schon im 3. Jahre und 10 % sogar binnen 2 Jahren.

Verf. folgert aus diesem reichen Material als zweifellos feststehend:

1. die Nichtkontagiosität aller Läsionen des tertiären Stadiums;

2. die Möglichkeit der spontanen Heilung der Syphilis im kontagiösen Stadium, d. h. ohne Behandlung, wie dies durch 2 Fälle gezeigt wird, von denen einer ohne jede Behandlung und der andre nur mit Jodkali geheilt wurde;

3. dafs die Grenze des kontagiösen Stadiums innerhalb der Periode von 5 Jahren liegt.

Auch Otis erklärt, nach dem Ende des zweiten Jahres niemals ein Symptom des sekundären oder aktiven Stadiums gesehen zu haben. In 3 Fällen mit Recidiven von papulöser Syphilis im 2.—3. Jahre gestattete Otis den Patienten zu heiraten, und trotz des Auftretens neuer Rückfälle an den früheren Stellen — 1 Jahr nach der Hochzeit — blieben die Frauen verschont und wurden gesunde Kinder geboren. Die Plaques muqueuses, Erosionen und Ulcerationen der Zunge läfst O. vom zweiten Jahre an nach der Infektion nicht mehr als kontagiös gelten. Fand die Verheiratung eines Pat. vom dritten bis zum zwölften Jahre oder noch später nach dessen An-

steckung statt, so behauptet auch O., niemals eine Spur der Übertragung der Syphilis an der Frau oder an den Kindern einer solchen Ehe gefunden zu haben. Die mitgeteilten Fälle, in denen angeblich nach dem dritten Jahre von der Infektion an und selbst noch später eine Übertragung der Syphilis stattgefunden haben soll, können, nach Ansicht des Verfassers, der überzeugenden Statistik Fourniers gegenüber gewifs nicht in Betracht kommen, da er annimmt, dafs die Krankheit in jenen Fällen nicht aus so alter Quelle, sondern stets von einer Person stammt, deren Infektion noch nicht drei Jahre zurückliegt. Die Möglichkeit der Syphilisübertragung durch andre Quellen wird fast stets ignoriert und statt dessen der Ursprung der Krankheit lieber in der Familie Generationen weit zurückverfolgt, falls jemals ein männliches Mitglied derselben Syphilis gehabt hat. Und doch ist die Ansteckung vermittelst eines Löffels, Bleistiftes, Kusses, Instrumentes etc. keinesfalls selten. Die Finger sind häufig Vermittler der Infektion, so z. B. bei dem Geburtshelfer.

Trotz Fourniers Behauptung, dafs die Ansteckungsfähigkeit auf die Zeit von 3—4 Jahren nach der Infektion beschränkt sei, und trotz seiner reichen, einsichtsvollen Erfahrung erkennt er dennoch seltene Ausnahmefälle an, deren kontagiöse Eigenschaften unbeschränkt fortbestehen sollen. Der als Beispiel hierfür angeführte Fall, in dem ein junger Mann an häufigen und regelmäfsigen Recidiven von Zungensyphilis litt und im 5. Jahre nach seiner Infektion ein angeblich völlig gesundes Mädchen heiratete, welches bereits nach einigen Wochen die Krankheit in Form eines Lippenschankers erwarb, ist — wie auch Otis hervorhebt — gewifs nicht einwandfrei, denn es ist keineswegs absolut sicher, dafs die Quelle dieses Lippenschankers einzig und allein in der Krankheit des Ehemanns zu suchen ist; es dürfte vielmehr die Ansteckung der Frau durch Berührung eines andren Mannes weniger aufsergewöhnlich sein, als durch eine Läsion des Mannes 5 Jahre nach dessen Infektion. Wir müssen daher O. wohl zustimmen, wenn er die Überzeugung ausspricht, dafs ein solcher Ausnahmefall, welcher überdies nicht einmal gegen jeden Zweifel geschützt ist, unmöglich das Resultat einer so reichen und gewissenhaften Statistik, wie jene Fourniers ist, aufheben oder zum Teil ungültig machen kann. Verf. sucht dies noch zu bekräftigen, indem er einen Fall mit gleichen Recidiven mitteilt. Dieser Patient litt gleichfalls an syphilitischen Läsionen im Munde und zwar Ulcerationen der Zunge, welche trotz aller Behandlung 5 Jahre lang von Zeit zu Zeit wiederkehrten. Als Patient dann ein durchaus tugendhaftes Mädchen heiratete, konnte kein einziges Zeichen einer Infektion aufgefunden werden, obgleich bereits 4 Jahre seitdem vergangen sind, und ebenso gesund ist das jetzt 3 Jahr alte Kind, trotzdem Patient den Verf. erst im letzten Monat wegen eines neuen Rückfalles der Zungenulceration konsultierte. Für die Nichtkontagiosität der syphilitischen Spätläsionen spricht auch das Fehlschlagen aller experimentellen Impfversuche mit dem Sekret derselben.

Es folgt der bereits früher angekündigte Vortrag von R. W. Taylor:

Ein Beitrag zur Kenntnis der Hydroa bulleux Bazins und der Dermatitis herpetiformis Duhrings. Derselbe knüpft an einen Fall dieser Krankheit bei einem 29jährigen Irländer an, welcher stets gesund, aber ein starker Trinker war. Im Mai 1883 stellte sich rasch zunehmende Dyspnoë mit Schwindel und Herzklopfen ein, weshalb er am 14. Juli in das Hospital aufgenommen wurde. Die Untersuchung ergab Hypertrophie des Herzens, Lungenödem und im Urin 5 % Eiweifs. Am zweiten Tage erschien (nach vorausgehenden leichten Delirien während der Nacht) ein herpetischer Ausschlag hinter dem rechten Ohr mit brennenden Schmerzen. Derselbe bestand aus zahlreichen Bläschen mit klarem, serösem Inhalt auf einer scharf begrenzten und entzündlich geröteten Fläche. Weder vor, noch nach des Patienten Aufnahme ist ein Medikament gebraucht worden, welches die Ursache dieses Ausschlages hätte sein können. Binnen 24 Stunden verbreitete sich letzterer über das Gesicht, den Hals und die Ohren. Beim Ausbruch bestand das Exanthem nur aus Bläschen, verwandelte sich aber schnell in Blasen (bullae), welche zum Teil etwas erhaben und eher über Erbsengröfse, zum Teil breit und flach waren.

Mit Ausnahme einiger weniger, derartig affizierter Stellen der Haut auf der Rückseite der Hände und Handgelenke ist der übrige Körper vollständig frei.

Patient litt sehr durch die Hitze und den Schmerz, welche den Ausschlag begleiteten, phantasierte beständig und hatte hochgradige Dyspnoë, so dafs er nur durch Opiate Ruhe bekam. Im Verlaufe der nächsten Tage wurde der Ausschlag mehr konfluierend, die Bläschen und Blasen barsten zum Teil und sonderten eine dicke, milchweifse Flüssigkeit ab, welche nach dem Eintrocknen gelbliche Krusten bildete. Die zuletzt entwickelten Flecke waren ausschliefslich vesikulös, mit klarem Serum gefüllt, welches allmählich trüber und milchig wurde. Die Umgebung der Flecke zeigte keine wesentliche Röte, das Gesicht aber war geschwollen und entstellt, die Augen fast geschlossen. Der Patient sah aus, als ob er an konfluierenden Pocken litte. An der Grenze des Ausschlages unter den Schlüsselbeinen und auf dem Sternum endet die Röte und Schwellung ganz plötzlich, dagegen liegen aufserhalb dieser Grenze einige Bläschen und Blasen, von einem dunkelroten, scharf gezeichneten Hofe umgeben. Die Schleimhaut des Mundes und der Augen zeigte keinen Ausschlag. Taylor bezeichnete den Charakter der letzteren als vesikulos-bullös und diagnostizierte den Fall als Hydroa bulleux Bazins, indem er ausdrücklich hervorhebt, dafs er noch keinen von so akuter und heftiger Art gesehen hat, wie es dieser Fall war.

Mitte der zweiten Woche trocknete der Ausschlag langsam ein, auf diese Weise bräunliche Schorfe bildend. Die Schwellung des Gesichts liefs nach und das Befinden des Patienten besserte sich, so dafs er gut afs und schlief. Gegen Ende der zweiten Woche jedoch steigerte sich die Dyspnoë beträchtlich und zwang den Patienten, die sitzende Stellung im Bett beizubehalten. Urinmenge sehr gering. Die Schorfbildung ist nahezu vollendet

und ein Teil der Krusten begann sich abzulösen. Die Kräfte des Patienten nahmen zu, jedoch war die Dyspnoë noch sehr lästig. Ende der dritten Woche war das Aussehen des Gesichts und Halses wieder nahezu normal, die Krusten fielen ab, indem die betreffenden Hautstellen gerötet, aber ohne Narben zurückblieben. Das Befinden des Patienten war sehr schlecht, er phantasierte meistens und entleerte nur wenig Urin mit hohem Eiweifsgehalt. Noch vor Beginn der vierten Woche starb er an Herzlähmung.

Nach Bazin ist die einzige konstante Prodromalerscheinung der Hydroa bulleux heftiger Pruritus. Der Ausschlag zeigte sich in Form von Blasen, deren wichtigste Eigenschaft die konstante Gröfse ist, und zwar überschreitet die letztere nur selten diejenige einer Erbse. Die Blasen sind rund, unregelmäfsig verstreut und gefüllt mit klarer Flüssigkeit, welche aber schnell undurchsichtig, sogar gelblich wird. Sie stehen auf einer gerötеten Basis, mit schwachem, rotem Hofe; nach dem Platzen trocknen sie zu gelblichen Krusten ein. Der Krankheitsverlauf ist chronisch und wird von aufeinander folgenden Ausbrüchen des Exanthems begleitet. Männer werden häufiger befallen als Frauen, und bevorzugt wird das Alter von 20—40 Jahren. Die Temperatur ist nicht ohne Einfluſs auf die Entwickelung, und am häufigsten beobachtete sie Verf. im Frühjahr. — Nach einer Zusammenstellung der von den verschiedenen Autoren eingeführten Namen dieser Krankheit kommt Verf. auf die Arbeiten Duhrings über dieses Thema zu sprechen. Der letztere hat nach des Verf.s Ansicht das grofse Verdienst, die bis dahin in Zeitschriften und Büchern verstreuten und nicht klassifizierten Fälle nach bestimmten Arten geordnet zu haben. Da Duhrings Arbeiten wohl als bekannt angenommen werden können, sei nur erwähnt, daſs er die sämtlichen Fälle unter der Bezeichnung „Dermatitis herpetiformis“ zusammenfaſst und folgende Unterarten unterscheidet: erythematöse, vesikulöse, bullöse und pustulöse. Die erstre ist nach Ansicht des Verf.s nicht scharf und deutlich genug vom Erythema multiforme unterschieden worden. Den vorliegenden Fall würde Verf. im Sinne Duhrings als Dermatitis herpetiformis bullosa bezeichnen. Den Schluſs macht ein kurzer Bericht über einen Fall von Jarisch und einen von Meyer, welche Duhring beide zu seiner Dermatitis rechnet.

Dem Aufsatz sind 2 Abbildungen beigefügt.

Dieselbe Krankheit bildet das Thema des folgenden Vortrages von L. Duncan Bulkley: **Über das Bestehen der Dermatitis herpetiformis** (Duhrings) **als selbständige Krankheit.** Der ausführlich mitgeteilte Fall dieser Krankheit zeigte die verschiedensten Formen der Hautläsionen — Papeln, Bläschen, Blasen, Pusteln und erythematöse Flecke —, so daſs B. vor allem die Frage aufwirft, wie dieser Fall klassifiziert werden soll. Nach seiner Ansicht sind wir noch weit entfernt von einer klaren und bestimmten Kenntnis der Natur, des Verlaufes und der Pathologie gewisser vesikulöser und bullöser Eruptionen. Die von Duhring beschriebene Dermatitis herpetiformis umfaſst thatsächlich sehr verschiedene Symptome, welche zwar unter sich unähnlich und auf den ersten Blick in keiner Weise ver-

wandt erscheinen, trotzdem aber früher oder später sich als verschiedene Äufserungen eines und desselben Prozésses erweisen. Die Läsionen können erythematös, makulo-papulös, papulös, tuberkulös, vesiko-papulös, vesikulös, vesiko-bullös, bullös oder pustulös sein, aber alle diese Formen unterscheiden sich durch Eigenheiten von den Erscheinungen andrer, genau bekannter Krankheiten. Mannigfaltigkeit der Erscheinungen ist die auffallendste Eigenschaft dieser Krankheit. Mit der einen Form kann sie beginnen, um sich mehr oder weniger schnell in eine andre umzuwandeln, welche in wenig Wochen von einer dritten abgelöst werden kann, während möglicherweise eine vierte den Beschluſs macht. Alle diese Veränderungen oder Formen der Krankheit können im Verlaufe eines Monats oder auch eines Jahres auftreten. Auch können verschiedene Läsionen gleichzeitig vorkommen, oder es kann eine Form derselben längere Zeit bestehen, um sich erst später umzuwandeln. Während die vesikulöse und bullöse Form von der Krankheit bevorzugt wird, ist die erythematöse und pustulöse seltener.

Wegen der Neigung der Läsionen, Gruppen zu bilden, in kleineren oder gröſseren Flecken zu erscheinen und zusammenzufliefsen, sowie infolge der ausgesprochenen Neigung der erythematösen und pustulösen Varietät, sich pheripherisch auszubreiten, wird der Charakter der Eruption als herpetisch betrachtet. Nach Duhring zeigt die vesikulöse und bullöse Art weniger Neigung, Gruppen zu bilden; anderseits können die Bläschen und Blasen zu einer Zeit vereinzelt, zu einer andren zusammengedrängt stehen. Auch die unregelmäfsige, eckige oder sternförmige Gestalt der Bläschen und Blasen spricht nachdrücklich für die herpetische Natur.

Der Verlauf ist in der Regel ein chronischer, selbst bis zu 15 Jahre dauernder, während welcher Zeit der Ausschlag monatelang aussetzen kann. Die neurotische Natur der Krankheit steht aufser Zweifel. Der Verf. faſst die wichtigsten Eigenschaften dieser Dermatitis nach Duhrings Beschreibung in folgenden Sätzen zusammen:

1. Es wird das Bestehen einer besonderen, seltenen, deutlich begrenzten herpetischen Hautkrankheit bewiesen, welche sich gewöhnlich in aufeinander folgenden Ausbrüchen äufsert und durch geringere oder heftigere Störungen des Allgemeinbefindens, eine Mannigfaltigkeit der primären und sekundären Läsionen, sowie heftiges Jucken und Brennen charakterisiert wird.

2. Die Krankheit kann in verschiedenen Formen auftreten und besitzt die Neigung, regellos aus einer in die andre überzugehen. Die wichtigsten dieser Formen sind die erythematöse, vesikulöse, bullöse und pustulöse, von denen jede für sich allein vorkommen kann oder mehrere in verschiedenen Kombinationen.

3. Die Krankheit ist unbeständig im Charakter und bemerkenswert wegen ihrer Vielgestaltigkeit.

4. Die pustulöse Form ist identisch mit der von Hebra als „Impetigo herpetiformis“ beschriebenen Krankheit.

5. Die Bezeichnung „Dermatitis herpetiformis“ ist hinreichend umfassend und geeignet, um alle Varietäten der Krankheit einzuschliefsen.

6. Sie kann bei beiden Geschlechtern vorkommen und ist bei den Frauen unabhängig von der Schwangerschaft.

7. Sie nimmt gewöhnlich einen chronischen, variablen Verlauf, dauert Jahre und ist der Behandlung gegenüber überaus hartnäckig.

Die am meisten auffallende unter den von Duhring beschriebenen Eigenschaften ist sicher der vielgestaltige Charakter der Läsionen und die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, welche sich jedoch auch bei dem Ekzem und der Skabies, sowie dem Erythema multiforme und besonders der Syphilis finden, so dafs Verf. gegen diesen Punkt nichts einwendet.

Sehr wichtig erscheint dem Verf. die Frage, ob die „Dermatitis herpetiformis“ als besondere Krankheit mit dem bereits gegebenen Namen und Beschreibung acceptiert werden soll, und wirft folgende 3 Fragen auf:

1. Handelt es sich um eine besondere Krankheit mit gleichförmigen Eigenschaften und Ursachen, auf welche sich eine richtige Pathologie und Therapie gründen kann?

2. Nähern wir uns dadurch mehr und mehr dem richtigen Verständnis der Natur, Ursache und Heilung dieser Fälle — von denen manche mit andern Affektionen zusammengeworfen worden sind —, dafs wir sie zusammen unter einem einzigen Namen vereinigen?

3. Drückt dieser Name, „Dermatitis herpetiformis“, die Natur und Eigentümlichkeiten der Krankheit am besten aus?

Ad 1. hebt Verf. hervor, dafs er mit jedem neuen Falle mehr einsähe, wie wenig wir bis jetzt mit der Natur und Ursache dieser Krankheit vertraut sind, und umso sicherer glaube, dafs eine schwere nervöse Störung als primärer Faktor in deren Ätiologie vorhanden sein müsse, welche sich wahrscheinlich in den Nervenzentren oder Stämmen — wie beim Herpes Zoster und Pemphigus — finden werde.

Es läfst sich keinesfalls bestimmen, ob alle Fälle dieselbe oder auch nur eine ähnliche Ursache haben, es bedarf vielmehr noch eifriger Arbeit, um eine vollständige Beschreibung der Krankheit liefern zu können. Dennoch glaubt auch der Verf., dafs solche Fälle, wie er sie beschrieben, und verschiedene der von Duhring und andern berichteten, einer bisher in den Lehrbüchern noch nicht aufgeführten Krankheit angehören, und stimmt dem Vorschlag, sie sämtlich mit einem Namen zu bezeichnen, unbedingt zu. Es erscheint ihm aber dennoch bis jetzt etwas problematisch, ob wir berechtigt sind, aus den beschriebenen mannigfaltigen, pathologischen Veränderungeu eine einzige Krankheit zu machen, ohne deren verschiedene Veranlassung zu berücksichtigen.

Ad. 2. glaubt Verf., dafs Duhring in seinem Bestreben, so zahlreiche bisher als verschieden anerkannte und benannte Affektionen unter dem Begriff einer Krankheit zu vereinigen, doch wohl etwas zu weit gegangen sein dürfte, wenn er aufser Herpes gestationis, Pemphigus pruriginosus, Hydroa

etc. selbst Hebras Impetigo herpetiformis — bisher stets in Verbindung mit dem Wochenbett beobachtet und meist sehr gefährlich — auf das bestimmteste für nichts Andres als die pustulöse Varietät jener Krankheit erklärt, welche er niemals gefährlich gefunden hat. Verf. bemerkt wohl nicht unrichtig, dafs wir kaum gewinnen dürften, wenn wir alle jene Affektionen als zusammengehörig betrachten, so lange deren Ätiologie und Pathologie nicht wesentlich genauer bekannt ist, da die Verhältnisse, unter denen jene beobachtet wurden, so ganz verschieden sind. Aus Duhrings Angaben ist schwer mit Sicherheit zu eruieren, wie weit er darin gehen würde, solche Fälle, welche andre Autoren als Erythema multiforme, Urticaria bullosa, Herpes iris, Hydroa, Pemphigus oder selbst Ekzem auffassen würden, als Beispiele der verchiedenen Formen von Dermatitis herpetiformis zu betrachten. Diese Vereinigung so unregelmäfsiger und vielgestaltiger Eruptionen unter einem Namen wäre gewifs sehr bequem, allein dieselbe könnte leicht dazu führen, das Studium der Ätiologie jener Fälle zu vernachlässigen, welches doch allein imstande ist, die Behandlung einsichtsvoller und somit auch erfolgreicher zu gestalten.

Nach des Verfassers Ansicht steht der Herpes gestationis — wie er ihn beobachtet hat — in keiner Beziehung zu Duhrings Dermatitis herpetiformis, und ebensowenig billigt er die Vereinigung von Hebras Impetigo herpetiformis mit der letztern. Auch zweifelt er nicht, dafs das Fortschreiten unsers Wissens noch weitere Eruptionsformen wieder trennen wird, welche D. jetzt gleichfalls mit seiner Dermatitis herpetiformis zu vereinigen sucht.

Die 3. Frage verneint der Verf., da Dermatitis ein sehr unbestimmter Ausdruck ist, nur den entzündlichen Zustand der Haut bezeichnet und für eine ganze Reihe von Eruptionen gebraucht werden kann. Derselbe bedarf daher einer Ergänzung, welche den Charakter der Krankheit besser andeutet, als dies das Wort herpetiformis dem Verf. zu thun scheint. Nach genauem Studium aller bezüglichen Arbeiten Duhrings und nach der eignen Beobachtung mehrerer ähnlicher Fälle glaubt der Verf. den Zusatz von „multiformis“ oder auch „neuritica“ entschieden vorziehen zu sollen. Am vorzüglichsten erscheint ihm aber „Dermatitis pruriginosa“, weil hierdurch aufser dem Entzündungsvorgang zugleich die einzige konstante Eigentümlichkeit aller berichteten Fälle — nämlich das Jucken — charakterisiert wird.

Zum Schlufs resumiert Verf. diese Sachlage in 6 Sätzen, aus denen nur erwähnt werden mag, dafs er es für richtig hält, eine Anzahl von Krankheitsfällen, welche sämtlich Jucken mit einer vielgestaltigen, wiederkehrenden Eruption und auffallende Hartnäckigkeit gegenüber der Behandlung darbieten, mit einem Namen zu bezeichnen, wozu er die Bezeichnung „Dermatitis pruriginosa“ als die günstigste vorschlägt. (Ref. gesteht offen, dafs auch ihm diese Wahl mancherlei Vorzüge gegenüber Duhrings Bezeichnung zu besitzen scheint, und es würde gewifs von Interesse sein, zu erfahren, wie sich Duhring zu dieser Frage stellt.)

Der Abschnitt Gesellschafts-Verhandlungen bringt einen Bericht

über die 161. Sitzung der New Yorker dermatologischen Gesellschaft am 23. Febr. 1886. Dieselbe wurde fast vollständig ausgefüllt durch eine Diskussion über den oben ausführlich besprochenen Vortrag Taylors über Bazins **Hydroa bulleux** und Duhrings **Dermatitis herpetiformis**. Bronson hebt zunächt hervor, dafs Duhrings Bezeichnung eine gewisse Verwandtschaft der Krankheit mit Herpes andeutet, während sie doch thatsächlich dem Pemphigus viel näher stehe, denn die Anfangsform des Ausschlags sei stets das einfache Bläschen ohne Hof oder Zeichen von Entzündung, und diese Bläschenform sei ein Kennzeichen des Pemphigus. Die späteren verschiedenen Entzündungserscheinungen, wie Erythem, Pustelbildung etc. hält Br. einzig und allein für Folgen der gewöhnlichen Reizung, d. h. das Jucken und Kratzen, und beruft sich in dieser Hinsicht als Beweis seiner Behauptung auf die vielgestaltigen Läsionen bei Pediculosis und der von ihm so benannten „Urticaria of immigrants," sowie in gewissem Grade der toxischen Exantheme.

Morrow wendet sich gegen das Beiwort „herpetiformis" und würde die Bezeichnung „Dermatitis tropho-neurotica" vorziehen, falls der neurotische Ursprung und Charakter feststehe. Auch er glaubt, dafs Duhring in dem Bestreben, eine Anzahl vesikulöser Krankheiten zu vereinigen, zu weit geht, da deren ätiologischer Zusammenhang durch nichts bewiesen ist und sie vielleicht einzig und allein durch den Zufall eines gemeinsamen eruptiven Elements verwandt sind. Gegen die Verschmelzung von Bazins Hydroa bulleux spricht nach des Redners Ansicht die von den Franzosen als feststehend behauptete, arthritische Verwandtschaft derselben, und bezüglich Hebras Impetigo herpetiformis deren völlig verschiedener Ursprung und Verlauf. Die Benennung einer neuen Krankheit erscheint ihm erst berechtigt, wenn die Ätiologie und Natur der letzteren sicher feststeht.

Auch Allen konstatiert die Möglichkeit, dafs in einzelnen Fällen das herpetische Element fehlt, und würde den Namen „Dermatitis multiformis" vorziehen. Diesen würde auch Sherwell wählen, wenn überhaupt ein solcher allgemeiner Name unbedingt verlangt würde.

Piffard äufsert gleichfalls die Überzeugung, dafs nicht alle von Duhring beschriebenen Fälle seiner Dermatitis herpetiformis Beispiele derselben Krankheit, sind und dafs keiner von ihnen zu den neurotischen Affektionen gerechnet werden darf, so lange nicht nachgewiesen wird, dafs eine bestimmte, früher vorhandene Nervenläsion zu Grunde liegt, wie es beim Zoster und bei gewissen Lepraformen thatsächlich der Fall ist. Ferner wendet er sich gegen die von Duhring gewählte Bezeichnung der Krankheit, da die ausschliefsliche Entwickelung von Bläschen keineswegs eine hervorstechende Eigenschaft mancher seiner Fälle sei. Auch habe dieser Autor z. B. den Zoster nicht mit eingeschlossen, obgleich derselbe doch zweifellos in einer Entzündung mit Bläschenbildung bestehe. Vor zwei Jahren hat Redner als vorläufige Bezeichnung „Dermatitis multiformis" für jene dunklen und vielleicht nicht einmal verwandten Affektionen vorgeschlagen, da ein

Name ohne jede Andeutung der Natur oder der Verwandtschaft entschieden zweckmäfsiger sei, bis unsre Kenntnis derselben eine vollkommenere ist.

Zum Schlufs hebt Taylor hervor, dafs auch nach seiner Ansicht zu viel verschiedene Krankheitsarten von Duhring unter einem Namen vereinigt worden sind.

Piffard beschliefst die Sitzung mit der Demonstration einer **elektrischen Lampe zur Hautuntersuchung**. Es bestand dieselbe aus einer kleinen 6zelligen, transportablen Batterie von der Galvano-Faradic-Company mit der Leuchtkraft von 4 Kerzen und einer gleichmäfsigen Leuchtdauer von 1 Stunde, ja selbst darüber.

Der Abschnitt Selections enthält zunächst einige nicht unwichtige Angaben Dr. Meniers (*Gazette Médicale de Nantes.* No. 3. 1886) über vorkommende **Verfälschungen der Kubeben.** Abgesehen von dem mehr graulichen Aussehen, dem abweichenden Geschmack und scharfen, kampferähnlichen Geruch der falschen Kubebenbeeren — einer andren Art derselben, vermutlich dem Piper Crassipes angehörend — zeigen dieselben mit wenigen Tropfen konzentrierter Schwefelsäure eine gelblichbraune Färbung, während die echten eine karminrote ergeben.

Einen eigentümlichen Fall von **Mifsbildung der Urethra** berichtet Dr. Poisson (*Gaz. Méd. de Nantes.* No. 3. 1886). Der betreffende Knabe hatte bei seiner Geburt eine normale Urethralmündung, allein unter derselben bildete sich beim Urinieren eine Tasche, welche nur durch Druck entleert werden konnte. Infolge eines kleinen Abscesses an Stelle dieser Tasche und durch dessen Eröffnung entstand eine Fistel, durch welche der Urin fernerhin entleert wurde, während er die eigentliche Mündung der Urethra von da an nicht mehr passierte. Durch letztere konnte eine schwache Sonde nur bis zur Perineo-Bulbar-Gegend geführt werden, dagegen durch die Fistel bis in die Blase.

Ferner folgt ein Bericht über Stocquarts in den *Monatsheften* (1886. Jan.) mitgeteilte Beobachtungen über den innerlichen Gebrauch von Chrysarobin beim Ekzem und Impetigo der Kinder, sowie des am selben Orte erschienenen Aufsatzes von Dr. Bockhart: „Jodoform bei venerischen Krankheiten."

Zur **Behandlung von Angiomen** empfiehlt Dr. R. Campana (*La Salute.* 1885. No. 9 und 10) multiple Einstiche und nachfolgenden Gebrauch von Lint und trocknem Ferrum sesquichloratum, wodurch binnen 24 Stunden ein reaktives Erythem hervorgerufen wird, welches am 2. oder 3. Tage wieder verschwindet. Dieses Verfahren ist nach Bedarf zu wiederholen. Die Blutung verhindert er bei der ersten Operation durch Gebrauch einer perforierten, genau nach der Gestalt des Angioms gearbeiteten Metallplatte, wodurch die Einstiche zugleich in regelmäfsiger Entfernung voneinander ausgeführt werden können. Die zweite Operation geschieht jedoch ohne

diese Platte, um die bei der ersten unversehrt gebliebenen Zwischenräume gleichfalls zu ätzen.

Leipzig. Th. Alfred Kirsten.

Frankreich.

Pariser Korrespondenz. Behandlung der Syphilis durch subkutane Kalomelinjektionen. — Behandlung des Lichen planus. — Die schwefelhaltigen Mineralwässer in der Behandlung von Hautkrankheiten.

Behandlung der Syphilis durch subkutane Kalomelinjektionen. Die Inkonvenienzen, welche die gewöhnliche Syphilisbehandlung mit sich bringt, besonders die lange Dauer derselben, die durch die Quecksilberpräparate hervorgerufen Erscheinungen des Magen- und Darmkanals waren einst die Ursache der Einführung der subkutanen Sublimatinjektionen. Aber man weifs zur Genüge, was man von dem Werte dieses Mittels zu halten hat, welches oft lange fortgesetzt werden mufs und heftige Schmerzen verursacht. Da die Dinge so standen, faſste Scarenzio den Plan, dem Sublimat eine bestimmte Dosis Kalomel zu substituieren, also ein unlösliches Quecksilberpräparat, welches sich allmählich in ein lösliches Präparat verwandeln sollte. Er injizierte in 4 malen während zweier Monate im ganzen 50 Zentigramm Kalomel; aber der Einstich war auch hier schmerzhaft und häufig folgten Entzündungen.

Balzer hat diese Experimente am Hospital de Soureine wieder aufgenommen. Er modifizirte das Excipiens für das Kalomel und nahm dazu „huile de vaseline", eine glycerinartige Flüssigkeit. Die damit gemachten Injektionen verursachten gar keinen Schmerz.

Besnier hat in seinen klinischen Vorstellungen am Hospital St. Louis eine Anzahl Kranker gezeigt, welche mit Erfolg auf diese Weise behandelt waren. Aber er empfiehlt, man solle sich aufserdem aller antiseptischen Vorsichtsmafsregeln bedienen. Die Haut mufs mit einer Mischung von Alkohol und Liquor van Swieten abgewaschen werden. Die Nadel der Spritze mufs mit Glycerin oder kochendem Öl ausgespritzt werden. Das Kalomel selbst mufs mit Alkohol ausgewaschen sein. Um die Gefahr einer Intoxikation zu vermeiden, darf die für eine Injektion bestimmte Kalomeldosis 0,02 — 0,06 nicht übersteigen. Man kann leicht nach sehr kurzer Zeit Hg im Speichel nachweisen. Es ist gut, die Injektion nicht unmittelbar unter die Haut zu machen, sondern tief in die Muskeln hinein, wo die Pat. sie besser vertragen und zwar besonders in die Glutäalmuskeln, jedoch so hoch, dafs die etwa sich bildenden Infiltrate kein Hindernis beim Sitzen abgeben. Infiltrate bilden sich gewöhnlich nicht vor dem achten Tage. Sie können die Gröfse eines Enteneies erreichen, schmerzen aber nur auf

Druck oder Stofs. Wenn Neigung zu Eiterung eintritt, was sehr selten der Fall ist, so genügt absolute Ruhe und Kompressen von kaltem Wasser.

Man mufs jedoch zugeben, dafs diese Infiltrate sehr unangenehm sind. Man hat auch schon nach Mitteln gesucht, sie zu vermeiden. Gelbes Quecksilberoxyd in der Dosis von 1 g auf 30 g Aqua dest. wurde zu diesem Zwecke empfohlen. Man fügt nur dieser Mischung 0,25 g Tragacanth hinzu, um das Quecksilberoxyd suspendiert zu halten, da dasselbe ebenso unlöslich ist wie Kalomel. Jede Pravazsche Spritze voll enthält so 0,03 bis 0,035 gelbes Quecksilberoxyd. Man kann vollkommene Heilung der gewöhnlichen Symptome mit 4 bis 5 Injektionen erreichen, ohne dafs Schmerzen auftreten, und ohne dafs sich Infiltrate bilden, gewifs ein grofser Fortschritt auf diesem interessanten Gebiete der Therapie.

Behandlung des Lichen planus. Ogleich Lichen planus an sich keine schwere Krankheit vorstellt, so ist er wegen des manchmal sehr heftigen Juckens und seiner langen Dauer doch auch nicht zu den leichten zu zählen. Die Dauer der Krankheit variiert von einigen Monaten bis zu Jahren, besonders wenn man bedenkt, dafs sie manchmal in pötzlichen Schüben von einer Region zur andren übergeht.

Den Gang der akuten Form kann man durch Anwendung grofser Arsenikdosen beeinflussen. Unter dem Einflusse des Medikaments pigmentieren sich die Flecke schwärzlich und bilden sich zurück. Diese Wirkung wird durch subkutane Anwendung des Arseniks noch schneller hervorgerufen. Man nimmt zu diesem Zwecke eine Lösung von 0,2 Natrium arsenicosum auf 10 g Aqua laurocerasi; jeder Tropfen enthält dann 1 Milligramm Natrium arsenic. 1 Tropfen dieser Lösung wird auf $^1/_2$ Pravazsche Spritze mit dest. Wasser gethan und tief injiziert. Auf 1 mal darf man nicht mehr als 3 Tropfen injizieren und die Tagesdosis darf 6 Milligramm in zwei Injektionen nicht überschreiten. Bei innerlicher Darreichung kann man 20 bis 25 Milligramm pro Tag geben. Unter dem Einflufs dieser Behandlung schwindet die Eruption ziemlich schnell.

Die schwefelhaltigen Mineralwässer in der Behandlung der Hautkrankheiten. Die Schwefelwässer sind mit Recht bei vielen Hautkrankheiten nicht angezeigt. Man schreibt ihnen sogar die Fähigkeit zu, eine Anzahl von Hauteruptionen zu veranlassen, z. B. Prickeln, Jucken, Erythem, Sudamina, Aknepusteln, Furunkeln. Daher ist man an eine gewisse Vorsicht beim Gebrauche dieser Wasser gewohnt. Anderseits gebrauchen wir ihre tonisierenden, stimulierenden und kräftigenden Wirkungen in den zahlreichen Fällen, in denen es nötig ist, die Organe anzuregen, durch Erregung der Thätigkeit der Haut und der Schleimhäute auf den Stoffwechsel zu wirken. Sie haben auf Haut, Bindegewebe und Drüsen eine spezifische Wirkung.

In einem vorzüglichen Artikel des *Dictionnaire Encyclopédique* zeigt Rotureau, welch unschätzbare Vorteile von diesem Gesichtspunkte aus

von der Benutzung der Quellen von Enghien (Départ. de Seine et Oise) haben kann. Wie alle Schwefelwässer, jedoch weniger als die heifsen, sind sie gegen frische oder alte syphilitische Erkrankungen von Nutzen. Sie verzögern immer und verhindern manchmal das Eintreten von Stomatitis bei Kranken, welche mit Hg behandelt werden müssen.

Die einfachen Hautaffektionen werden durch eine Kur in Enghien gut beeinfluſst und manchmal geheilt. Man soll jedoch die Kranken nicht vor Ablauf der akuten Periode dorthin schicken, denn die erste Wirkung des Wassers von Enghien ist eine Exacerbierung aller Erscheinungen auf der Haut. Besonders gut werden chronische Hautkrankheiten von diesem Wasser beeinfluſst: Ekzem, Akne, Prurigo, Pityriasis und manchmal Psoriasis. Die Bäder bilden die Grundlage der Medikation. Die Douchen und das Wasser als Getränk wirken nur dann, wenn es sich um digestive Störungen handelt, deren erste Ursache eine Hautkrankheit ist. Tritt nach einmaliger Kur ein Recidiv ein, so dürfen die Kranken im nächsten Jahre noch nicht wiederkehren in der Hoffnung jetzt gänzlich geheilt zu werden. Lymphatische und skrofulöse Personen, welche Drüsenschwellungen oder kalte Abscesse haben, werden von der äuſseren Behandlung groſse Vorteile haben. Auſser der Anregung des ganzen Organismus erreicht man in der Verteilung von Infiltraten und der Vernarbung von Geschwüren so Auſserordentliches, wie durch antiskrofulöse Medikamente in Verbindung mit hygieinischen Vorschriften und guter Ernährung nie möglich gewesen wäre.

Paris. Dr. H. Fournier.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Ruſsland.

Elsenberg berichtet über einen interessanten Fall von **Pityriasis rubra universalis**. Der 38jährige Mann, gut gebaut und rüstig, ist seit 3 Jahren krank. Zuerst wurde die Gesichtshaut rot, in der Kälte blaurot; erst nach Verlauf von 3 Jahren erkrankte auch die Haut des Rumpfes und der Oberextremitäten. Fieber und Schüttelfrost stellten sich mehrmals ein.

Die ganze Hautoberfläche ist diffus tiefrot, in der Kälte bläulichrot und mit kleienförmigen Schuppen bedeckt. Unter dem Fingerdrucke bleibt eine gelbliche Tingierung zurück. Die Kopfbehaarung stark gelichtet. Odem im Gesichte, an den Füſsen, Unterschenkeln und Vorderarmen. Hauttemperatur 37, 8—38° C. Subjektiv Frösteln und leichtes Jucken.

Sämtliche tastbare Lymphdrüsen sind stark vergröſsert, einzelne Inguinal-, Axillar- und Cervikaldrüsen bis hühnereigroſs. Leber und Milz vergröſsert, Milzrand leicht tastbar. Mäſsige Leukocytose. Die Symptome stehen vielleicht in keinem Zusammenhange mit der Hauterkrankung. Im Spital bekam der Kranke Schüttelfröste und Fieber bis 41,6° C. — Gleichzeitig wurde das Weiterschreiten der Röte beobachtet. Der Kranke fuhr

nach Hause im Februar 1886 und starb im Oktober d. J. Kurz vor dem Tode vereiterten fast sämtliche Lymphdrüsentumoren.

Die mikroskopische Untersuchung erwies dichte, kleinzellige Infiltration der Papillar- und Subpapillarschicht. Papillen etwas breiter; Zelleninfiltrat besonders dicht um die Gefäfse herum. In den tieferen Hautschichten und im subkutanen Gewebe nur herdförmige Infiltrate in der Umgebung der Haartaschen und Talgdrüsen. (*Gazeta Lekarska.* 1887. Nr. 11, 12.)

Warschau. Dr. Funk.

Korrespondenz.

Herr Privatdozent Dr. Lewinski teilt uns mit, dafs die Patientin, deren Krankengeschichte er vor kurzem in den *Monatsheften* (No. 4 vom 15. Februar) gegeben, neuerdings wieder ähnliche Erscheinungen aufgewiesen habe, deren künstliche und absichtliche Erzeugung keinen Zweifel mehr unterliegen kann. Die Haarstümpfe zeigen diesesmal auf beiden Seiten scharfe Querschnitte, der beste Beweis, dafs sie damals und jetzt abgeschnitten waren. Übrigens hat die Pat. jetzt typische hysterische Erscheinungen (Anästhesien, Krämpfe u. s. w.) Dagegen kam es infolge der etwas andren Behandlung nicht zu jenen meningitischen Täuschungen wie vor 2 Jahren. Als Lewinski zur Pat. sagte, dafs nach einer Untersuchung der Haarabfälle jemand gefunden habe, dafs dieselben abgeschnitten seien, antwortete sie etwas verwirrt: „die Haare sind aber doch auch am Hinterkopf ausgefallen.“ Seit jener Unterredung sistiert der Haarausfall.

Internationaler medizinischer Kongrefs zu Washington 1887.

Die Cunard-Dampferlinie hat 10 % Reduktion für Mitglieder des Kongresses bewilligt.

Der norddeutsche Lloyd in Bremen hat nur 50 % des Preises der Rückfahrt als Preisermäfsigung (I. Kl.) angeboten, so dafs die Fahrt von Bremen aus $ 187.50 = M. 750 zu stehen kommt, gegenüber $ 90 = M. 360 für die Fahrt von Hamburg aus.

Die Hotelpreise in Washington belaufen sich auf $ 3 im Metropolitan und National Hotel, $ 3 bis $ 3.50 im Arlington Hotel, Riggs House und Willards Hotel. Andre Hotels, nach europäischer Weise eingerichtet, stellen Zimmer zu 1—2 $, Privatwohnungen zu 1—1½ $ zur Disposition.

Das Konsulat der Vereinigten Staaten in Hamburg (Hohe Bleichen 9) bittet um die Namenaufgabe aller Ärzte (nebst Begleitpersonen), welche über Hamburg die Reise antreten wollen.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 10. 15. Mai 1887.

Ein neuer Parasit des Pockenprozesses aus der Gattung Sporozoa (Leuckart).

Vorläufige Mitteilung von

Dr. L. Pfeiffer,

Geh. Medizinalrat und Vorstand des Großherzogl. S. Impfinstituts in Weimar.

Mit 2 lithogr. Tafeln.

Zu den bisher bekannten unwesentlichen Begleitern des Pockenprozesses aus dem Bereich der Spalt- und Sproßpilze tritt nachfolgend ein Parasit aus der Gattung Sporozoa (Leuckart), der ein konstanter Begleiter des Variola- und Vaccineexanthems ist, der seinen Entwickelungsgang vollständig innerhalb des von ihm heimgesuchten Menschen oder Säugetieres durchläuft, aber anscheinend an das Vorkommen von lebenden Zellen gebunden ist.

In das System würde er ungefähr einzureihen sein bei den Gregariniden Leuckarts, und in Bronns *Klassen und Ordnungen des Tierreiches.* 2. Auflage von O. Bütschli. 1882. I. Band. pag. 574, bei der Ordnung Monocystidea. Mit den dort beschriebenen Familien und Arten läßt sich dieser, bei Variola, Varicella und bei Herpes Zoster anscheinend in verschiedenen Spezies auftretende Parasit nicht identifizieren; seine Entwickelung verläuft ziemlich parallel mit dem, was wir von dem Coccidien und den frei lebenden Gregarinen wissen, bis zum Moment der Sporenausscheidung. Durch sprossenartiges Auswachsen, durch das zooylöaartige Auftreten der Sporen in der Lymphe der Pockenbläschen und im Blute der befallenen Tiere und Menschen, durch den mangelnden Nachweis von sichelförmigen Körperchen, durch den Austritt von ein oder mehr (?) fertigen Amöben u. s. f. sind gewisse Ver-

wandtschaften sowohl zu andern Familien der Gattung Sporozoa, zu den Myxosporidien und Sarcosporidien, als auch zu den Myxomyceten und Chytrideen angedeutet. Die Einreihung in das System mufs deshalb weiterer Prüfung von seiten der hier zuständigen Zoologen überlassen werden. Auch für die von BALBIANI, *Les sporozoaires*. 1884. pag. 150 entdeckten Mikrosporodien (Pèbrine) und von WALLERSTEIN für Drepanidium ranarum (Lankester) 1882 beschriebenen Eigentümlichkeiten finden sich Anknüpfungspunkte.

Er ist ein einzelliger Schmarotzer von runder oder ovaler Körperform. Ausgewachsene Exemplare sind braungelb, erreichen eine Gröfse bis zu 33 μ Länge und 24 μ Breite; im Mittel unter 20 μ bei den mehr runden Formen. Sie haben keine Pseudopodien, keine Wimperhaare, keinen Haftapparat und keine Körperöffnung. Sie sind mit einer glatten, bei verschiedener Altersstufe mehr oder minder derben Primordialschale bekleidet, innerhalb deren sich eine dünne Cystenwand mit körnigem Inhalt abhebt.

Es kommen auch ausgewachsene Exemplare von bauchiger und buchtiger Gestalt vor, bei denen die Schale nur noch durch einen zarten, mehr oder minder abstehenden Saum angedeutet ist, Fig. 20 Tafel V; ferner Formen mit einer geschichteten und lappig zerrissenen Schale (Fig. 7); auch leere Hülsen und Sprengstücke von Schalen finden sich bei dem Vorhandensein von zahlreichen ausgewachsenen Exemplaren, so dafs eine Art Häutungsprozefs auf einer gewissen Entwickelungsstufe sich abspielt. Es sind das Exemplare, die die Sporen ausgestofsen haben. Fig. 20. 21. Tafel V; Fig. 11. 12. Tafel IV. mit Resten von Nahrungsballen.

Oft finden sich auch 2 und 3 Exemplare in einer gemeinschaftlichen, entsprechend grofsen Kapsel vereinigt, innerhalb deren die einzelnen Leiber und deren Cystenwand deutlich unterschieden werden können, bis durch die Häutung wieder eine lockerere Vereinigung oder gänzliche Trennung erfolgt. Fig. 22. Tafel V; Fig. 9. und 10. Tafel IV.

Eigenbewegungen sind nur im amöbenartigen Jugendstadium der Entwickelung beobachtet; bei älteren Exemplaren finden nur stetig im Ekto- und Endoplasma Verschiebungen statt. Ganz

junge Exemplare haben lebhafte, tanzende Eigenbewegung, die sich im nächsten Stadium kund gibt durch leichte Einziehungen der noch sehr weichen Kapsel; Pseudopodienfüfse fehlen alsdann oder gehören, wenn sie zur Beobachtung kommen, den befallenen Leukocyten an.

Die Fortpflanzung geschieht durch Sporen.

Die Sporenbildung beginnt schon früh, etwa gleichzeitig mit der Differenzierung der Kapsel, besonders zahlreich gegen Ende des Wachstums. Sie geht durch Sprossung vor sich, nach Abschlufs der individuellen Entwickelung des Tieres; angedeutet wird die Sporenbildung zuerst durch eine körnige Beschaffenheit des Ektoplasmas, die je nach Alter und Gröfse des Exemplars differiert.

Die Sporen werden ohne Zwischenglied in der Cystenwand, allein nicht im Endoplasma, gebildet. Die Menge der Sporen ist eine sehr beträchtliche, eine wegen der fortwährenden Verschiebungen nicht abzuschätzende, von der Gröfse der verschiedenen Mikrokokken, mit fester Kontour; einzelne derselben zeichnen sich durch Gröfse und Glanz aus.

Weitere Vorgänge innerhalb der Sporen, das event. Auftreten sichelförmiger Keime, oder der Rivoltaschen Mikrococci psorospermici, habe ich nicht gesehen. Kleinste Scheiben mit Andeutung von Vakuolen dürften als reife Sporen zu deuten sein.

Aus diesen Scheiben scheint ohne Zwischenglied der amöbenartig bewegliche Embryonalkörper auszutreten. Eine Klappe ist an den Sporen nicht vorhanden. Ob eine oder mehrere Amöben aus denselben austreten, hat sich nicht beobachten lassen, da der Parasit auf festem Nährboden nicht wächst, deshalb auch die ausschlaggebende Kochsche Reinkultur des Parasiten aus dem Blut oder aus den Pocken von Tieren und von Kindern bis jetzt nicht gelungen ist, und weil die bei Kulturen bis jetzt unvermeidlichen Mikrokokken schwer von den Sporen zu differenzieren sind. Jedenfalls unterscheidet sich der Sporeninhalt der Monocysten nur wenig von den in kolossalen Mengen im Pockeninhalt, im Blutplasma oder in der Nährbouillon herum sich frei bewegenden diaphanen, grün oder bronzeartig glänzenden, bald rund, bald zackig, bald kahnartig erscheinenden Körperchen. Für die spezifische Natur dieser klein-

sten tanzenden Körperchen (Fig. 17, 19, 20, 21, 23, 24) spricht ein Befund bei Anwendung der gewöhnlichen Anilinfärbemittel. Wenn man eine Tropfenkultur mit viel mikrokokkenartigem Inhalt umkehrt und unter Führung des Mikroskopes aus dem Tropfen solches Material herausfischt, so finden sich auf dem ungefärbten Deckglaspräparat die runden und polygonalen Körperchen in viel gröfserer Anzahl als nach der Färbung; alsdann erscheinen auf einem leicht gefärbten körnigen Untergrund nur vereinzelte, distinkt gefärbte Mikrokokken.

Die in frischer Lymphe von Variola, in Kinderlymphe, in Kälberlymphe enthaltenen, oft massenhaft auftretenden, doppelt konturierten Scheiben, wie kleine Schlüsselringe aussehend, zum Teil zerrissen, sind als leere Amöbenbehälter zu deuten.

Häufig begegnet man Exemplaren, in denen noch eine schillernde, tanzende kleine Amöbe ins Freie strebt (angedeutet in Fig. 19, 23 und 24), die Hüllmenbran sackartig ausstülpend.

Der Amöbenzustand kehrt durch weiteres Wachstum, durch Abrundung in der Ruhe, durch weitere Andeutung von Kernen im Protoplasma, durch Ausscheidung einer festen Cuticula und später durch Bildung einer zweiten Cystenwand zu der Form des Muttertieres zurück (VAN DER LOEFFS Protoiden).

Zusatz von stärkeren Färbemitteln (z. B. Pikrokarmin, Karmin, Eosin, Anilinfarben) reagiert auf das ganze Individuum; höchstens erscheint der freie Raum zwischen Kapsel und Cystenwand deutlicher. Wirkliche Kerne lassen sich durch Kernfärbemittel schwer differenzieren; reife Monocysten geben nach der Häutung fast das Bild des gefärbten Gonococcus Neisser. Durch Jodsodalösung und nachträgliches Aussäuern erscheinen die Körnchen im Endoplasma verdeckt.

Schwache alkoholische Farblösungen scheinen lange Zeit durch die Kapseln vom Inhalt abgehalten zu werden, bewirken bei längerer Einwirkung Zerfall des Tierchens mit intensiverer Färbung des mikrokokkenartigen Sporeninhalts der inneren Cystenhaut (z. B. alkoholische Alkannalösung).

Der Parasit, in allen hier geschilderten Entwickelungszuständen, ist von mir aufgefunden worden in den Pocken von Variola vera hominis, in der sogenannten echten Cowpox, in

den durch Vaccine erzeugten Pocken beim Hund, Rind (aus 6 verschiedenen Impfinstituten), Pferd, Schwein und bei der Ziege.

Auf Taube und Huhn ist dieser Pockenparasit nicht übertragbar.

Der Pockeninhalt von Variola vera ist viel reicher an Formen als Kinderlymphe. In Zupfpräparaten an noch im Eiterungsstadium befindlichen Pocken ist der Parasit leicht in allen Stadien nachzuweisen.[1] Bei der Untersuchung von frisch aus Prag in Haarröhrchen erhaltener blutiger Pockenlymphe ereignete sich der glückliche Zufall, an einem grofsen Exemplare nach der Häutung die unter amöbenartigen Bewegungen vor sich gehende Lostrennung des Ektoplasmas von der Sporenschicht beobachten zu können, welche Beobachtung von grofsem Wert ist für die Deutung der in der Lymphe und im Blutplasma zu bestimmten Zeiten umherschwimmenden hyalinen grofsen Sarcodescheiben (Ektoplasma) und der zahlreichen sporenlosen grofsen, gequollenen, im Zerfall begriffenen Parasitenexemplare.

In dem Lympheinhalt der Säugetierpocken sind grofse Monocysten nur spärlich vertreten; konstant dagegen in den Zapfen des Rete Malpighi, weniger zahlreich schon auf der Innenfläche der durch das Exsudat abgehobenen Epidermisdecke des Pockenbläschens. — In dem Rete liegen sie, wie sich an Schnittpartien deutlich verfolgen läfst, dicht aneinander gedrängt, in schichtenweiser Anordnung, oder im Innern von Epithelzellen; letztere werden durch das Wachstum des Parasiten aufgetrieben, bei weiterer Vollendung der Einkapselung zerstört. Zur Zeit der völligen Pustelentwickelung gibt es in dem Bereich der Pustel kaum eine gesunde Zelle.[2] Die kleinsten der in den befallenen Epithelzellen und

---

[1] Herren Oberimpfarzt Dr. Voigt in Hamburg, Hofrat Nothnagel in Jena, Prof. Soyka in Prag, Dr. Barts in Tallos-Ungarn und Prof. Koch in Dorpat besten Dank für ihre Unterstützung. Ausdrücklich sei erwähnt, dafs Verwechselungen mit ähnlichen Formen im Bronchialschleim, im Speichel Gesunder, im Darmschleim bei Dysenterie, mit veränderten Kernen von Epithelzellen, mit entarteten weifsen Blutkörperchen im Vesikatorinhalt, im Brandblaseninhalt, in Bläschen durch Impfung mit 10 % Brechweinsteinlösung entstanden, im Eiter, mit Gregarinen im Darm von Hühnern, Kaninchen u. s. w., nicht vorliegen, sondern dafs es sich um eigenartige Gebilde handelt.

[2] Übrigens sei bemerkt, dafs in sämtlichen mir zugänglichen Abbildungen (Weigert, Pohl-Pincus, Klein, Bareggi, Plauth, Zürn, Isidor Neumann, Birch-Hirschfeld) sich Formen finden, welche den auf den bei-

Leukocyten erkennbaren jugendlichen Protoplasmakugeln des Parasiten sind ca. 0,9 μ groſs mit 0,5 μ groſsem, hellem, kernartigem Fleck; ältere und dichtere Exemplare lassen sich deutlicher vom Zellinhalt unterscheiden; die Epithelzellen und Leukocyten selbst werden dadurch breiter und unförmlich, bis schliefslich von denselben nur noch eine saumartige schmale Umhüllung bleibt, oder Fetzen derselben an der Kapsel als Reste der früheren Wohnung hängen bleiben. In seltenen Fällen enthält eine Zelle gleichzeitig 2 Parasiten.

Die Menge der befallenen Zellen schwankt bei verschiedenen Impftieren und zu verschiedenen Zeitabschnitten des Pockenstadiums ganz ungemein und scheint am gröfsten in den ersten 4 Tagen des Vaccinationsprozesses zu sein. Bei Vaccine, Herpes und Varicelle gelingt ganz im Beginn der Bläschenbildung das Auffinden infiltrierter Epithelien und Leukocyten am leichtesten.

Ausgewachsene, in Häutung begriffene, frei im Plasma sich bewegende Parasiten sind am 3. Tage nach der Impfung auf dem Rete Malphigi zu finden, am zahlreichsten am 5.—6. Tag. Dieser Zeitpunkt ist bei den verschiedenen Tierspezies noch genauer zu bestimmen, tritt z. B. beim Kalb nach 4×24 Stunden, bei der Ziege nach 6×24 Stunden, beim Hund nach 5×24 Stunden, beim Kind nach 6 bis 7×24 Stunden ein. Vom 7. Tage an scheint ihnen ein rascher Untergang durch die alsdann in der Übermacht erscheinenden Staphylokokken bereitet zu werden.

Da die Parasiten frei in der Flüssigkeit des Impfbläschens sich finden, so ist die Einwanderung in Epithelzellen zur Entwickelung und Neubildung des Parasiten vielleicht nicht absolut nötig; die Reinzüchtung aus der klaren, von Fibringerinseln und infizierten weifsen Blutzellen freien Kinder- oder Kälberlymphe ist jedoch bis jetzt noch nicht einwandfrei gelungen.

Diese Lücke in der morphologischen Beobachtung des Entwickelungsganges läfst sich ausfüllen durch das physiologische Experiment, und soll darüber, wie über die sonstigen Eigentümlichkeiten des mit Vaccine infizierten Blutes an andrer Stelle be-

---

gegebenen Tafeln enthaltenen gleichen; bei den Pocken der Vögel handelt es sich um eine andre, aber ähnliche Form.

richtet werden. Nach Verimpfung z. B. von Vaccineblut eines Hundes und eines Schweines auf Vesikatorstellen zweier andrer Schweine hat sich auf einer der Vesikatorstellen nach 3 Tagen ein nässender Schorf abheben lassen, aus dem, in Bouillon verimpft, nach 2 × 24 Stunden junge Monocysten herangewachsen waren, neben wohl charakterisierten ausgewachsenen, älteren Exemplaren.

Ob aufser in dem Epithel der Haut auch noch auf Schleimhautepithel oder auf serösen Häuten ein Wachstum des Parasiten statt hat, das bleibt noch fernerer Untersuchung vorbehalten.

In welchem Alterszustand der noch amöboide Parasit in den neuen Wirt eintritt, das ergibt sich nicht aus den vorliegenden Untersuchungen; ob die natürliche Übertragung auf der Respirationsschleimhaut sich abspielt, ist natürlich auch noch offene Frage.

Bei der Vaccination werden Sporen und auch ausgewachsene Parasiten übertragen. — Bei der Verimpfung von Kinderlymphe kommt wohl nur vorzugsweise Sporenmaterial zur Verwendung; im Gegensatz zu der jetzt mehr geübten animalen Impfung hat man sich bei der Entnahme des Impfstoffs vom Kinde möglichst auf den hellen, klaren, flüssigen Inhalt des Impfbläschens beschränkt. — Es enthält die frische Kinderlymphe kaum einzelne weifse Blutkörperchen neben dem konstanten Befund an Mikrokokken, Haufen von Sporen und Amöben der neu aufgefundenen Monocyste. Morphologisch ist dieser helle, formenarme Inhalt des Vaccinebläschens wohl als Blutplasma des Impflinges zu betrachten.

Die im Blute sich abspielenden auffallenden Veränderungen lassen sich leider bei der mangelhaften Kenntnis der histologischen Vorgänge und der Funktion der weifsen Blutkörperchen kaum vermuten. Vielleicht geben die neuen Befunde beim Pockenprozefs den Anstofs, dafs von berufenerer Seite die einschlägigen Fragen in Angriff genommen werden. Die von MARCHIAFAVA als Plasmodium malariae beschriebenen Vorgänge finden sich ebenso im Blut von Vaccinierten, von Scharlach- und Parotitiskranken, jedoch kaum in direktem Zusammenhang mit dem Entwickelungsgang unsers Parasiten und von uns gedeutet als ein Schrumpfungsprozefs, welcher hier nicht die Konturen, sondern das Plasma betrifft.

Bei Verwendung von Kälberlymphe werden auch zahlreiche

ausgewachsene Exemplare mit übergeimpft. Es haben sich dieselben in jeder Kälberlymphe, sowohl in der selbst gezüchteten Retrovaccine als in der animalen Lymphe der Herren Dr. WIEDEMANN-Stuttgart, CHALYBÄUS-Dresden, REISSNER-Darmstadt, RISEL-Halle, und auch in dem jüngst aus Variola gezüchteten Vaccinestamm von Dr. FISCHER in Karlsruhe (derselbe verimpfte Pockenboden der Variola auf das Kalb) gefunden.

Dieser auffallend abweichende Befund erklärt sich aus der ganz verschiedenen Art der Gewinnung des animalen Stoffes; nicht die klare Lymphe, nicht das nachschwitzende Blutplasma wird verwendet, sondern die dem Corium direkt aufsitzende Epithelschicht wird mittels eines scharfen Instruments abgekratzt und zunächst mit Wasser zu einem feinen Brei verrieben.

In diesem Brei der Kälberlymphe liegen die Parasiten meist frei umher, umgeben von einem mit Kernen abgestofsener Epithelzellen und Zellenüberresten durchmischten feinkörnigen Detritus. Auf dem gewärmten Mikroskop[3] beginnt auch darin sofort ein lebhaftes Tanzen zahlreicher mikrokokkenartiger, runder und zackiger Amöben, so dafs der Parasit in allen seinen Altersstufen darin vertreten scheint. In der getrockneten Pulverlymphe sind die Exemplare ziemlich gleich grofs (Fig. 7), die kleinen noch in Epithelzellen eingeschlossen. Wenn in der Glycerinlymphe wenig Amöben, dagegen auffallend viel ältere, vor der Häutung stehende Exemplare sind, so werden diese Befunde auf den konservierenden resp. koagulierenden Einfluſs des Glycerins oder die Eintrocknung der Cuticula des Parasiten zu beziehen sein.

Mit dem Inhalt der Kulturen sind wegen der Beimischung von Spaltpilzen bisher nur wenig direkte Impfversuche ausgeführt worden.

---

[3] Ich habe aus der ZEISSschen Werkstatt in Jena eine Vorrichtung zum Heizen des gesamten Mikroskops erhalten, bei welcher auch über dem Objekttisch ein Strom warmer Luft zirkuliert. Das Mikroskop steht auf einer dicken Messingplatte, etwas vertieft im Tisch, und bekommt durch einen regulierbaren Mikrobrenner von unten die richtige Wärme auf unbegrenzte Zeit zugeführt; oben ist es von einem eng anschliefsenden, teilbaren Gehäuse aus Holz oder Asbestpappe bis zur Mikrometerschraube eingeschlossen. Zwei seitliche und verschliefsbare Klappen, genau in der Tischhöhe des Mikroskopes, gestatten den Fingern bei geschlossenem Gehäuse die freie Bewegung des Objektträgers. Vorn ist durch eine feststehende Spiegelscheibe

Ein in Bouillon gezüchteter animaler Stoff vom Kalb, vier Tage nach der zweiten Überimpfung in Bouillon, auffallend frei von Spaltpilzen, hatte keinen Erfolg.

In Wasser zerfallen die Parasiten bald zu mikrokokkenartigen Haufen, ähnlich denen, welchen weifse Blutkörperchen zurücklassen; die Körnermasse bläht sich auf, die Körnchen fliefsen zusammen und täuschen zooglöaartig vereinigte Bakterienhaufen vor. Wegen der bisher noch nicht möglich gewesenen Ausschliefsung von Spaltpilzen aus den Kulturen und aus den Lymphkonserven läfst sich dieser Vorgang nur schwer unterscheiden.

Glycerinzusatz, rein oder verdünnt, hat auf ältere Exemplare keinen Einfluſs; mittelgrofse werden rasch rundlich, und findet in der Glycerinmischung eine Weiterbildung der äufseren Kapsel statt; auch Bewegung im Innern der Cystenhaut ist zu beobachten. — Junge Exemplare verschwinden; Sporen bewegen sich anscheinend unbeirrt in der Konservierungsflüssigkeit umher; inwieweit hier Mikrokokken neben den Sporen beteiligt sind, läfst sich zur Zeit nicht sagen. Jedenfalls tötet Glycerin auch in der Kinderlymphe die Sporen nicht, dringt nicht durch deren harte Schale hindurch, während es die Weiterbildung von Spaltpilzen im allgemeinen hemmt; dafs, nach Plattenkulturen zu urteilen, die Spaltpilze nach Zahl und Arten in der Glycerinlymphe überhaupt geringer seien als in reiner Kinderlymphe oder frischer Kälberlymphe, ist nicht zu sagen.

Spirituszusatz, mit 30—50% Wassergehalt, verhält sich wie Glycerin, scheint aber einen Teil der beigemischten Spaltpilze abzutöten, ebenso konzentrierte Glaubersalzlösung.

Über die Wirkung von Thymol und andern desinfizierenden Zusätzen stehen Versuche noch aus.

---

dem Licht der Zutritt zum Spiegel gestattet. Ein die vordere Kante des Tisches berührendes Thermometer (bei Heizung mit Gas ein eigenartig konstruierter kleiner Alkoholthermostat) ist jederzeit leicht abzulesen. Das betreffende Mikroskop hat durch diese schon seit Wochen angewendete Art der Heizung keinen Schaden gelitten. Neben dem Mikroskop ist für Blutuntersuchungen z. B. noch eine grofse feuchte Kammer, für sich heizbar, in die Tischplatte eingelassen. In einem Tischkasten erwärmen sich nebenbei Objektträger und Instrumente ganz von selbst. In dem Gehäuse ist noch hinreichend Platz, um z. B. ein kleines Schälchen für warmes Wasser aufzustellen, von dem aus mittels eines Streifens Fliefspapier die gewöhnlichen Deckglaspräparate auf Stunden feucht gehalten werden können.

Junge Exemplare mit nicht differenziertem Protoplasma sterben ebenfalls leicht ab und finden sich in den Glycerinkonserven schon sehr bald nicht mehr, ebenso wenig wie die mit in die Konserven gelangten weifsen oder roten Blutkörperchen, mit denen sie verwechselt werden könnten.

Am lebenskräftigsten, fortpflanzungsfähigsten, widerstandskräftigsten erscheinen nächst den Sporen die Exemplare mit deutlicher Randschale und Cystenwand. Diese lassen sich auch künstlich leicht von einem Fleischbrühtropfen in den andren verimpfen. Eine weitere Genitur (ob aus Verdünnung?) als bis zur dritten Überimpfung ist dem Verfasser nicht gelungen; zum Teil bekamen Spaltpilze und Sprofspilze frühzeitig die Übermacht in den infizierten Tropfen, zum Teil wollten auch, bei spärlicherer Konkurrenz des Staphylococcus cereus albus, Kapselbildung und Wachstum nicht fortschreiten.

Welche Bedeutung dieser im Exanthem der Pocken und der Vaccine neu gefundene Parasit für den Pockenprozefs selbst hat, darüber wage ich allerdings bei der Lückenhaftigkeit der vorliegenden Untersuchungen kein Urteil abzugeben. Diese Lücken dürften Entschuldigung finden, wenn berücksichtigt wird, dafs die vielen Unterbrechungen durch die tägliche Praxis ein andauerndes Beobachten einzelner Exemplare des Parasiten nur schwer gestattet haben, und sind die seit langer Zeit geplanten Versuchsreihen nur durch die konsequente und sachverständige Mithilfe des Herrn Rieck, von dem auch die Situationsbilder aus dem Mikroskop (im Druck leider recht mangelhaft gekommen) ausgeführt sind, zu diesem vorläufigen Abschlufs geführt worden. —

Da sich in dem Blute von Scharlach-, Masern- und Parotitiskranken, ferner nach den Abbildungen des Rinderpestkontagiums von Semmer und Raupach auch dort Formen finden, die denen ähnlich sind, welche auch im Blute Vaccinierter vorkommen, und die als die ersten Glieder in der Entwickelungsreihe der vorbeschriebenen Parasiten anzusehen sind, wäre es nicht unmöglich, dafs bei diesen miasmatischen Krankheiten ähnliche Parasiten aus der Gruppe Sporozoa Leuckarts beteiligt sind. Weiteren Untersuchungen mufs es vorbehalten sein, ob unser Parasit das wesentliche Kontagium des Pockenprozesses darstellt. Wenn sich be-

wahrheitet, dafs unser Parasit nirgends anders mehr vorkommt, als im Pockenprozefs, so wird wohl damit das wirkliche Kontagium gefafst worden sein.

Bei Scharlach und Masern ist die Epidermis nicht in der Weise wie hier beteiligt. Bei Masern finden sich vor Ausbruch des Exanthems im Speichel und in den Thränen amöboide, aber abweichende Formen, die von Lymphkörperchen unterscheidbar sind und deren Entwickelung noch zu verfolgen ist. Über die dem Pockenparasiten ähnlichen Formen aus Herpes Zoster und Varicella, daselbst ausnahmslos vorkommend, soll in der nächsten Nummer berichtet werden.

Bei der Beobachtung dieser Parasiten ist von der gewöhnlichen Technik abzusehen; zur Untersuchung eignet sich der am Objektglas hängende Tropfen am besten, und genügen gute Trockensysteme des Mikroskopes, die bis zur Oberfläche des Tropfens hinabreichen. Amöboide Bewegungen sind nur auf dem gewärmten Objekttisch gut zu verfolgen. Die Färbetechnik steht noch aus. Für Zusendung von Schafpockenstoff, erhalten durch Auskratzen der Pocken, mit wenig Glycerinzusatz, würde Verfasser besonders dankbar sein.

Erklärung der Tafeln.

Taf. IV. Monocyste vom vaccinierten Kalb.

Fig. 1. Lymphe aus Weimar, vom Kalb No. 97. In alkalische Pepton-Fleischbrühe geimpft am 24. Jan. Gezeichnet am 25. Jan. 1887. Zeifs, Oc. 8, Apochromat 0,95 = Vergröfserung 500.

Fig. 2. Lymphe vom Kalb Nr. 97. II. Überimpfung 26. bis 30. Jan. in Fleischbrühe, kalt gezüchtet. Wenig Material übergeimpft. Vergröfserung 500.

Fig 3. Dasselbe III. Überimpfung. Vergröfserung 500.

Fig. 4. Kalb Nr. 96. II. Überimpfung. 10. Febr. 1887. Vergröfserung 500.

Fig. 5. Dasselbe am 12. Febr. Vergröfserung 500.

Fig. 6. Kälberlymphe von Dr. Chalybaeus. Frisches Deckglaspräparat. 13. Febr. Vergröfserung 400.

Fig. 7. Dasselbe. Das grofse Exemplar mifst 24 zu 33 μ. Vergröfserung 760. Das mittelgrofse im Begriff, Sporen auszustofsen.

Fig. 8. Kälberlymphe Dresden. Chalybaeus. II. Überimpfung vom 13. Febr. gez. am 14. Februar. Leere Sporenhaut. Bis zu 21 μ Gröfse. Vergröfserung 400.

Fig. 9. Variola-Vaccine aus Pforzheim. 13. Febr. mm. Vergrößerung 500.

Fig. 10. Kälberlymphe von Dr. Wiedenmann - Stuttgart. 13. Febr. Vergrößerung 500. Das große Exemplar im Begriff, die Sporen abzustoßen.

Fig. 11. Impfpulver von Dr. Fischer-Karlsruhe. Am 13. Febr. in Fleischbrühe verimpft, gez. am 14. Febr. Vergrößerung 500.

Fig 12. Impfpulver von Dr. Reissner in Darmstadt. Deckglaspräparat mit Wasser, frisch. Nur sporenhaltige Exemplare. Vergrößerung 400.

Fig. 13. Impfpulver von Dr. Reissner in Darmstadt, am 15. Febr. in Fleischbrühe verimpft, gez. am 16. Febr. Vergrößerung 400.

Fig. 14. Aus demselben Präparat gez. am 17. Febr. Vergrößerung 700.

Taf. V. Monocyste vom vaccinierten Hund.

Fig. 15 und 16. Nebenpocken vom Hund Nr. 1, geimpft mit Kälberlymphe am 3. Jan. 1887. Am 7. Jan. Überimpfung in Bouillon im hängenden Tropfen. Am 11. Jan. in Fig. 16 ausgewachsene Monocysten mit deutlicher sporenhaltiger Kapsel, leere Amöbenbehälter neben mikrokokkenhaften, leicht beweglichen Formen. In Fig. 15 die Kapseln sporenlos. Vergrößerung (Zeiß Apochromat Apertur 0,95. Ocular 8) 500.

Fig. 18. Lymphe vom Hund Nr. 3, welcher am 4. Febr. 1887 mit Kinderlymphe geimpft war; am 9. Februar in Bouillon abgeimpft. Es finden sich am 9. Febr. 1887 beifolgende Sporenballen. Vergrößerung 500.

Fig. 17. Pockenboden bei demselben Hund am 9. Febr. 1887; Exemplare mit abgestoßenen Sporen. Vergrößerung 500.

Fig. 20. Dasselbe Präparat wie Fig. 17 einen Tag später, am 10. Febr. 1887, im Brutofen bei 36° C. gehalten. Eine Epidermisscholle mit eingelagerten Parasiten; leere Monocysten nach vollzogener Sporulation; Sprengschalen der Kapsel, leere Amöbenbehälter und junge Amöben. Das größte Exemplar ist 18 zu 11 μ. Vergrößerung 500.

Fig. 19. Dasselbe Präparat am 11. Febr. 1887. Die jungen Exemplare herangewachsen mit doppelter Konturierung. Ein Sprengstück einer Schale. Vergrößerung 500.

Fig. 21. III. Generation von Fig. 17 am 13. Febr. 1887 übergeimpft in einen frischen Bouillontropfen. Am 15. Febr. 1887 ausgewachsene leere Exemplare neben Sprengstücken, Amöben und halbausgewachsenen Parasiten. Vergrößerung 500.

Fig. 22. Blutige Lymphe, mit Pockengrund vom Hund No. 2. Es haben sich 2 und 3 Monocysten in einer gemeinschaftlichen Schale zusammengefunden und innerhalb derselben eine jede ihre besondere innere Schale. Größe derselben 21 zu 24 und 27 μ. Die beiden größten haben ihre äußere, die Sporenschicht schützende, Schale eben verloren. Vergrößerung 750 (Okular 12).

Fig. 23. Bouillontropfen, am 9. Febr. 1887 vom Hunde No. 3 infiziert. Am 17. Febr. 1887 finden sich alle Stadien der Entwickelung des Parasiten vertreten, in einem Gesichtsfeld mehrere hundert leere Amöbenbehälter. Vergrößerung 750.

Fig. 24. Wie Figur 23, aber aus einem gleichzeitig infizierten zweiten Präparat mit noch mehr Sporen, ganz jungen nnd älteren (VAN DER LOEFFschen) Amöben. Vergrößerung 500.

Über Proteiden oder Amöben bei Variola vera.

Von

Dr. A. VAN DER LOEFF

in Breda.

Mit 2 Abbildungen.

In Holland sind die Ärzte gehalten, jeden von ihnen wahrgenommenen Fall einer ansteckenden Krankheit innerhalb dreier Tage zur Kenntnis des Medizinal-Inspektors ihrer Provinz zu bringen.

In der zuletzt erwähnten Stellung hatte ich glücklicherweise längere Zeit zu warten, bis ich mein Vorhaben ausführen konnte, welches dahin ging, sofort bei der ersten Meldung eines Pockenfalles Stoff vom Patienten zu nehmen, falls es sich herausstelle, daſs derselbe wirklich an Variola vera leide.

Vor kurzem nun machte man mir eine solche Anzeige aus dem Dorfe Geldrop (Provinz Noord-Brabant) und zwar von drei Kranken zugleich, welche ungefähr zu derselben Zeit erkrankt waren.

Die Untersuchung ergab, daſs alle von Variola befallen seien und zwar in so hohem Grade, daſs die Fälle als Variolae confluentes bezeichnet werden muſsten.

Jene Kranken waren:

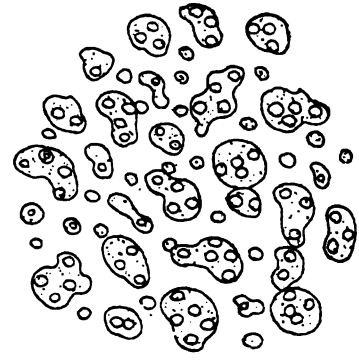
1. Ein Mann, 42 Jahre alt, in seiner Jugend geimpft, aber wahrscheinlich ohne Erfolg, weil derselbe davon nie Narben bemerkt hatte. Seine Pocken befanden sich im Beginn des Stadium suppurationis;
2. Eine Frau, 50 Jahre alt, ohne Erfolg vacciniert und revacciniert, bei der die Pocken schon deutlich das Gepräge der Eiterung an sich trugen, und
3. Ein Mädchen von 12 Jahren, in ihrer Jugend mit zweifelhaftem Erfolge geimpft, weil die Zahl der Narben sich

nicht feststellen liefs, bei der die Pocken schon in das Stadium exsiccationis übergetreten waren.

Alle drei waren angesteckt worden, weil eine 12jährige Tochter der beiden erstern Patienten, welche in ihrer Jugend mit gutem Erfolg geimpft war, 14 Tage zuvor an leichter Variolois erkrankte, wobei man jedoch keine ärztliche Hilfe nachsuchte, da die Eltern die in geringer Anzahl auftretenden Pocken für Varicellen angesehen hatten. Dieses Mädchen hatte noch mehrere Tage während ihrer Krankheit in einer Fabrik gearbeitet neben der sub. No. 3 genannten Patientin.

Fig. 1.

Fig. 2.



Nur von dem Manne und der Frau ist nach vollkommener Reinigung der Pocken in zuvor sterilisierten Glasröhrchen Stoff gesammelt worden, weil die Pocken des Mädchens diese Methode der Gewinnung des Pockenstoffes nicht mehr zuliefsen.

Noch am Abend desselben Tages ist dieser Stoff beider Patienten als Tropfen hängend an einem Deckglase in der sogenannten feuchten Kammer mikroskopisch untersucht worden.

In meinen Erwartungen sah ich mich denn auch nicht getäuscht, da die frische Pockenlymphe — sowohl die von dem Manne als von der Frau — gleichfalls in grofser Anzahl und reicher Mannigfaltigkeit an Form dieselben Körperchen (Proteiden oder Amöben) enthielt, wie diese stets von mir in dem frischen animalischen Impfungsstoffe vorgefunden worden waren.

Die Formwandlung dieser Amöben, welche in dem animalischen Impfungsstoffe, falls rein angesammelt, sogar noch nach Monaten (wie mir später klar wurde) deutlich sichtbar ist, konnte jetzt, besonders in der Lymphe der Frau, nur mit der gröfsten Mühe wahrgenommen werden.

Auch beim Ausstreichen des wahren Pockenstoffes auf einem Deckglase und bei der Behandlung dieser Präparate, — sei es nun dafs dieselben dreimal durch eine Spiritusflamme gezogen wurden, oder auch dafs man sie einige Zeit in Alkohol hatte liegen lassen — konnten die Amöben durch Färbung mit Fuchsin deutlich wieder erkannt werden.

Figur I gibt das wahrgenommene Bild dieser Tierchen wieder in einem hängenden Tropfen von der Lymphe des Mannes, an dessen Blattern, wenigstens schon an einigen derselben, sich der Beginn der Eiterbildung zeigte.

Figur II zeigt die Amöben in dem von der Frau genommenen Stoffe, deren Pocken jedoch schon stärker in Eiterung übergegangen waren.

Vielleicht wird dieser und jener mich der Übereilung zeihen, weil ich, nachdem ich nur den Pockenstoff zweier Blatternkranken untersucht, jetzt schon meine Erfahrungen erwähne.

Ich vermeinte jedoch damit nicht warten zu müssen, da ich gern wollte, dafs man diese Zeilen gleichsam als einen Anhang meiner vorigen kleinen Arbeit betrachten möge, und hoffe, dafs dieses Wenige viele Kollegen, besonders diejenigen, welche Gelegenheit haben, Blatternkranke in Spitätern zu beobachten, ermuntere und anrege, meine Erfahrungen zu kontrollieren.

Aus dem bakteriologischen Institute des chemischen Untersuchungsamtes zu Wiesbaden.

Über die Ätiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und der Sykosis.

Vortrag gehalten am 5. Januar 1887 im ärztlichen Vereine zu Wiesbaden.

Von

Dr. Max Bockhart.

M. H.! Ich werde Ihnen in Kürze einige neue Thatsachen mitteilen über die Ätiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und der Sykosis. Ich werde Ihnen im Laufe meines Vortrages zeigen, dafs diese drei Hauterkrankungen nicht, wie man bisher angenommen hat, unter sich ganz differente Krankheiten sind, die nichts miteinander zu thun haben, sondern dafs sie alle drei durch eine und dieselbe Krankheitsursache entstehen, dafs sie also nur verschiedene Formen, Äufserungen eines und desselben Krankheitsprozesses sind. Die Kenntnis der Ätiologie dieser Krankheiten wird, wie Sie sehen werden, auch einige neue Gesichtspunkte für die Therapie derselben eröffnen.

Zuvor mufs ich jedoch noch einige Bemerkungen über den Begriff der Impetigo vorausschicken. Ich bezweifle, ob Sie sich alle unter dem Worte „Impetigo“ ein bestimmtes, scharf begrenztes, klinisches Krankheitsbild vorstellen werden. Es kann dies um so weniger der Fall sein, als selbst die Meister der Dermatologie über den Krankheitsbegriff der Impetigo sich durchaus widersprechen. Das rührt offenbar nur von der bisherigen Unkenntnis der Ätiologie dieser Krankheit her.

Die älteren Dermatologen verstanden unter Impetigo verschiedenartige Pustelausschläge. Erst Erasmus Wilson gab eine genauere Definition der Impetigo, indem er mit diesem Namen nur jene Pustelausschläge bezeichnete, deren Pusteln sofort als solche auf der Haut erscheinen, deren Pusteln also nicht vorher Knötchen oder mit serösem Inhalte gefüllte Bläschen waren, sondern sich von Anfang an als Eiterbläschen präsentierten. Auf diese vorzügliche Beobachtung Wilsons, deren Richtigkeit von

Hebra mit Unrecht bestritten wurde, werde ich später noch einmal zurückkommen.

Die meisten neueren Dermatologen sehen, wohl namentlich auf die Autorität Hebras hin, die Impetigo nicht mehr als einen selbständigen Krankheitsprozefs an. Man findet daher kaum ein neueres deutsches Lehrbuch der Dermatologie, in welchem von der Impetigo als einer selbständigen Hautkrankheit die Rede wäre. Hebra hat die Existenz der Impetigo als Krankheit sui generis geleugnet, sie aus der Reihe der selbständigen Hauterkrankungen gestrichen und sich viele Mühe gegeben, nachzuweisen, dafs dieselbe nichts weiter sei, als begleitende oder Folgeerscheinung anderweitiger, namentlich juckender Hautkrankheiten, wie des Ekzems, der Scabies u. a., oder aber ein symptomatischer Pustelausschlag infolge von Furunkulose, Pyämie und andrer Allgemeinerkrankungen. Manche neuere Dermatologen dagegen, wie z. B. Bohn, leugnen die Existenz der Impetigo als eines eigenartigen Krankheitsprozesses nicht, halten sie jedoch für eine bestimmte eigentümliche Form des Ekzems. Einige andre neuere Dermatologen schliefslich halten an der Existenz der Impetigo als einer besonderen Hautkrankheit fest. Von der Richtigkeit dieser Ansicht hoffe ich Ihnen den Beweis zu erbringen.

Ich will Ihnen nun ganz kurz das klinische Bild der Impetigo schildern und folge hierbei vielfach der sehr guten und konzisen Darstellung der Symptome und des Verlaufes der Impetigo, welche Bohn in Gerharts *Handbuch der Kinderkrankheiten* gab. Ich werde im folgenden diese Impetigo zum Unterschiede von der Impetigo contagiosa und der Impetigo herpetiformis nach Wilson, der sie zuerst genauer definierte, die Wilsonsche Impetigo nennen.

Die Wilsonsche Impetigo ist ein Pustelausschlag. Derselbe besteht nur aus Pusteln. Die Eruption der Pusteln erfolgt sofort unter dieser Form. Die Pusteln fahren, wie Bohn mit Recht sagt, blitzartig auf und erscheinen sofort fertig und vergröfsern sich nicht erheblich. Die Impetigopusteln waren also vorher niemals Knötchen oder Vesikeln. Die Pusteln sind meistens klein, stecknadelkopf- bis linsengrofs. Punktiert und entleert füllen sie sich rasch wieder bestehen tagelang unverändert und

vertrocknen langsam zu gelben Krusten, die spät abfallend in der Regel keine Narben hinterlassen. Sehr häufig finden sich Pusteln, die von einem Haare durchbohrt sind (Folliculitis). Die Haut in der Umgebung der Pusteln ist zumeist gar nicht verändert oder aber leicht gerötet. Jucken ist entweder gar nicht vorhanden oder es ist mäfsig, sehr selten ist es intensiver. Gewöhnlich stehen die Pusteln vereinzelt in variabler Zahl über die Haut zerstreut; in ganz leichten Fällen finden sich oft nur einzelne wenige Pusteln manchmal stehen sie in gröfseren Gruppen beisammen, selten ist eine gröfsere Partie der Hautoberfläche ganz von ihnen bedeckt. Sie können auf jeder Stelle der Haut vorkommen, nur nicht auf den mit dicken Haaren, z. B. den Barthaaren, besetzten Hautpartien. Trifft, wie ich schon im voraus bemerken will, die Krankheitsursache der Impetigo die mit dicken Haaren besetzten Hautstellen, dann entsteht das Krankheitsbild der Sykosis. Der Lieblingssitz der Impetigopusteln sind die Extremitäten, besonders die Nates. Manchmal beobachtet man sie auch auf der Schleimhaut der Lippen und der vorderen Mundhöhle, wo sie aber nicht vertrocknen, sondern runde, flache Erosionen bilden. Zuweilen ist die Eruption fast allgemein. Dem ersten Ausbruch folgt gewöhnlich eine Reihe weiterer. Die Impetigo tritt entweder als akute oder chronische Affektion auf, dauert tage-, wochen- oder monatelang und macht gern mehrere Jahre hindurch Recidive. Während der Dauer der Impetigo sieht man sehr häufig zwischen den Pusteln einzelne oder viele Furunkeln auftreten. Auch nach Abheilung der Impetigopusteln sieht man bei den betreffenden Kranken häufig noch einzelne Furunkeln entstehen. Die Wilsonsche Impetigo ist eine häufige Hauterkrankung und kommt mindestens ebenso häufig vor, wie der Furunkel. Da die Impetigo in der Regel eine leichte Erkrankung ist, so suchen meistens nur wohlhabende Leute ihretwegen ärztliche Hilfe auf. In Krankenhäusern sieht man sie selten. Die Diagnose der Wilsonschen Impetigo ist leicht zu stellen. Ich kann auf diesen Punkt hier nicht näher eingehen, um nicht zu weitläufig zu werden. Ich will daher nur bemerken, dafs die Wilsonsche Impetigo allenfalls verwechselt werden könnte mit Ekzema pustulosum und mit der Impetigo contagiosa.

Mit Ecthyma, Acne pustulosa und Impetigo herpetiformis dürfte unsre Impetigo nur schwer zu verwechseln sein.

Das Krankheitsbild, das ich Ihnen soeben geschildert habe, bezieht sich auf die selbständige Form der Wilsonschen Impetigo. Aufser dieser Form der Impetigo gibt es noch eine andre, welche ich die accidentelle Impetigo nennen will. Diese Form der Impetigo entwickelt sich nur im Verlaufe und als Komplikation anderweitiger juckender Hautkrankheiten, wie des Ekzems, der Scabies, der Prurigo u. a. Sie macht die gleichen Symptome wie die selbständige Impetigoform. Sie ist jedoch von ganz untergeordneter Bedeutung. Ich werde später noch einmal auf die Entstehung dieser accidentellen Impetigo zurückkommen.

Über die Ätiologie der Wilsonschen Impetigo habe ich nun folgendes gefunden:

Nachdem ich schon seit einigen Jahren zu der Überzeugung gelangt war, dafs die Wilsonsche Impetigo wirklich eine eigenartige Hauterkrankung sei, habe ich im verflossenen Jahre 12 Fälle von selbständiger und 10 von accidenteller Impetigo auf ihre Ätiologie hin untersucht. Die Fälle von selbständiger Wilsonscher Impetigo waren meistens leichter Art, mit wenig zahlreichen Pusteln. Vier derselben waren schwerere Formen mit vielen, gruppenweise beisammenstehenden Pusteln. Zur Eruierung der Krankheitsursache habe ich bei jedem der 22 Impetigofälle den eiterigen Inhalt einer gröfseren Zahl von gut erhaltenen und mit intakter Epidermis bedeckten Pusteln teils mikroskopisch, teils nach dem Kochschen Plattenverfahren untersucht. Die in den (Gelatine-) Platten erhaltenen Bakterienkolonien wurden in Generationen in Reagensgläsern oder auf Kartoffeln weitergezüchtet. Für die Reagensglaskulturen wurde Gelatine- oder Agar-Agar-Nährboden verwandt. Das Resultat dieser bakteriologischen Untersuchung war folgendes: In sämtlichen Eiterpräparaten ohne Ausnahme fanden sich Kokken. Und immer fand sich nur eine einzige Kokkenform, nämlich kleine Staphylokokken von 0,5—0,8 μ Durchmesser. Diese Kokken lagen teils frei im Eiter, teils, jedoch selten, innerhalb des Protoplasmas von weifsen Blutzellen. Häufig fanden sich diese Kokken isoliert als Monokokken, öfter jedoch in Diplokokkenform; nicht

selten lagen sie in Häufchen beisammen. Die Anzahl der in einzelnen Deckglaspräparaten gefundenen Kokken war wechselnd; manchmal fanden sie sich massenhaft, manchmal nur in geringer Menge. Die Züchtungsversuche, bezw. die Platten- und Reagensglaskulturen zeigten nun, dafs es sich hier um zwei, Ihnen wohl bekannte Bakterienarten handelte, nämlich um den Staphylococcus pyogenes aureus und albus. Diese beiden Kokkenarten sind sehr nahe miteinander verwandt und unterscheiden sich voneinander wesentlich nur durch die differente Farbe ihrer Reinkulturen. Es sind dies dieselben Kokken, welche auch die Ursache akuter eiteriger Entzündungen andrer Organe sind, so z. B. der Sehnenscheide (Panaritium), des Knochenmarks (akute, infektiöse Osteomyelitis), des Endokards (ulceröse Endocarditis), des Unterhautzellgewebes (akute Abscesse, eiterige Phlegmonen). Bei meinen Impetigofällen fanden sich in den einzelnen Pusteln zumeist beide Staphylokokken beisammen; manchmal fand sich der aureus oder der albus allein vor; manchmal fanden sich an einem und demselben Patienten in einer Impetigopustel der Staphylococcus p. aureus und albus zusammen, in einer zweiten Pustel der aureus allein und in einer dritten der albus allein.[1]

Nun habe ich auch die Eiterpfröpfe einer gröfseren Anzahl von Furunkeln, welche bei meinen Impetigokranken entstanden waren, auf dieselbe Weise untersucht, wie den Inhalt der Impetigopusteln. Ich habe im Furunkeleiter den Staphylococcus pyog. aur. und alb. — entweder beide zusammen oder jeden für sich allein — ebenso konstant gefunden, wie viele andre Untersucher vor mir.

Ich fand also die beiden genannten Eiterkokken konstant in den Pusteln der Wilsonschen Impetigo und im Furunkeleiter. Es lag daher nahe, anzunehmen, diese beiden Eiterkokken seien die Ursache nicht allein des Furunkels — das ist schon längst mit Sicherheit erwiesen — sondern auch der Impetigo. Ferner durfte man vermuten, dafs die Impetigopustel der Anfang, die Vorstufe eines Furunkels sein könne. Mir schien diese Annahme

---

[1] Im Inhalte der Blasen von Impetigo faciei contagiosa habe ich den Staphylococcus p. aur. und alb. nie gefunden. Die Impetigo contagiosa hat mit der Wilsonschen Impetigo natürlich nichts zu thun.

um so wahrscheinlicher, da ich zu wiederholten Malen mit Sicherheit beobachtet hatte, wie eine nicht eröffnete Impetigopustel in einen Furunkel überging. Auf der Spitze des Furunkels war dann mehrere Tage hindurch die eingetrocknete Impetigopustel noch deutlich erkennbar.

Zur Entscheidung dieser Fragen betrat ich den Weg des Impfexperimentes. Ich impfte mich selbst mehrmals mit Agar-Agar-Kulturen dieser Kokken. Die Kulturen, die ich mir einimpfte, waren Mischkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus und albus. Durch Einimpfung einer solchen Mischkultur suchte ich den natürlichen Infektionsmodus möglichst nachzuahmen, da ja in dem Eiter der Impetigopusteln beide Kokkenarten meistens zusammen gefunden worden waren. Diese Mischkulturen wurden in der Weise hergestellt, dafs von einer Reinkultur des St. p. aureus und von einer solchen des albus je ein Partikelchen in den Agar-Agar-Nährboden eines Reagansgläschens eingebracht wurde. Die beiden Reinkulturpartikelchen wurden auf eine und dieselbe Stelle des Agar-Agar-Nährbodens eingeimpft. Die Oberfläche der sodann im Kulturgläschen gewachsenen Mischkultur hatte ein eigentümliches Aussehen: sie war dunkelgelb und weifs gesprenkelt. Ich habe viele derartige Mischkulturen angelegt und auch in Generationen weitergezüchtet. Das letztere gelingt sehr leicht, wenn man zur Weiterimpfung nicht zu kleine Mengen Impfmaterial verwendet. Natürlich konnten aus einer solchen Mischkultur beide Staphylokokkenarten nach dem Plattenverfahren leicht wieder isoliert werden. Ich will hier noch beiläufig bemerken, dafs die Oberfläche dieser Mischkulturen auf Agar-Agar-Nährboden im Reagensglas nicht immer das gesprenkelte Aussehen zeigte, welches ich soeben erwähnt habe, sondern dafs sie manchmal auch ein andres, sehr zierliches Bild darbot. Die scheibenförmige Oberfläche der Kultur bestand nämlich manchmal aus ziemlich regelmäfsig miteinander abwechselnden und unter sich scharf begrenzten, weifsen und gelben Sektoren, die von einem gemeinsamen Mittelpunkte, dem Impfstiche ausgingen. Die weifsen Sektoren bestanden lediglich aus Ansammlungen des St. p. albus, die gelben aus solchen des aureus. Auf dieses Ver-

halten der Mischkulturen von Staph. p. aureus und albus ist teilweise schon von LÜBBERT aufmerksam gemacht worden.

Ich war nicht der erste, der sich mit Eiterkokken[2] impfte; schon früher impfte sich GARRÉ mit einer Reinkultur des St. p. aureus. Bei seiner Impfung auf die Haut des linken Vorderarms erhielt GARRÉ 20 Eiter-(Impetigo-)Pusteln, die sich nach kurzer Zeit alle in Furunkeln umwandelten.

Ich impfte mich zuerst am 14. April 1886 mit einem in sterilisierter 0,5 %iger Kochsalzlösung aufgeschwemmten Partikelchen einer Mischkultur sechster Generation von St. p. aur. und alb. Ich impfte mich auf eine etwa fünfmarkstückgroſse Stelle der Aufsenseite meines linken Vorderarmes, die vorher gut gereinigt und desinfiziert worden war, und deren Hornschicht ich mit einem Skalpelle leicht abgeschabt hatte. Die Impfung fand nachmittags um 4 Uhr statt. Am gleichen Tage, abends um 10 Uhr, war die geimpfte Stelle leicht gerötet und etwas schmerzhaft. Am folgenden Tage, am 15. April, morgens 6 Uhr fand ich auf der geimpften Stelle 25 dicht beisammen stehende Eiterbläschen — Impetigopusteln — von Stecknadelkopf- bis Linsengröſse. Die meisten dieser charakteristischen Impetigopusteln waren nicht von einem Haare durchbohrt, einige waren von einem Haare durchbohrt (Folliculitis). Mehrere dieser Impetigopusteln waren von einem hämorrhagischen Hofe umgeben. Die Haut in der Umgebung der andern Pusteln war nicht verändert. Juckgefühl war nur in ganz geringem Grade vorhanden. Im Verlaufe von 6 Tagen trockneten diese Impetigopusteln allmählich ein und waren am 22. April ohne Hinterlassung von Narben vollständig verschwunden. Der eiterige Inhalt von 8 dieser Impetigopusteln, welche mit unverletzter Epidermisschicht bedeckt waren, wurde am 16. April teils mikroskopisch, teils nach dem Plattenverfahren (Gelatineplatten) untersucht. Da zeigte sich, daſs in allen diesen Pusteln beide Eiterkokkenarten in verhältnismäſsig groſser Zahl enthalten waren u. z. entweder der St. p. aur. allein, oder der albus allein oder beide zugleich. Die nach

[2] Der im folgenden der Kürze wegen gebrauchte Ausdruck „Eiterkokken" bezieht sich natürlich nur auf den Staphylococcus pyogenes aureus und albus, bezw. auf beide zugleich.

dem Plattenverfahren aus den Impfpusteln erhaltenen Kolonien der Eiterkokken wurden in Kulturgläschen auf Gelatine- oder Agar-Agar-Nährboden überimpft, und so wurden wiederum Reinkulturen des St. p. aur. und alb. erzielt.

Eine zweite Impfung an mir selbst nahm ich am 25. April 1886 vor. Ich brachte mir an diesem Tage, abends 6 Uhr, ein in sterilisierter Kochsalzlösung aufgeschwemmtes Partikelchen einer Mischkultur von Staphylococcus pyogenes aur. und alb. zehnter Generation auf den vorher desinfizierten linken Vorderarm. Eine kleine Stelle des linken Vorderarmes in der Nähe des Ellenbogens wurde vor der Impfung mit dem desinfizierten Nagel des rechten Zeigefingers leicht gekratzt. Die aufgeschwemmte Kultur rieb ich mit der desinfizierten rechten Hand auf die ganze Aufsenseite des linken Vorderarmes ein. Am 26. April morgens 6 Uhr war die geimpfte Stelle teils mit Impetigopusteln bedeckt, — ich zählte zu dieser Zeit 35 Pusteln — teils mit kleinen, schwach roten und wenig juckenden Flecken. Am gleichen Tage, in der Zeit von 6—11 Uhr morgens, entstanden unter meinen Augen noch 25 Impetigopusteln auf den genannten roten und wenig juckenden Hautstellen. Die Impetigopusteln erschienen sofort als fertige stecknadelkopf- bis linsengrofse Eiterpusteln auf der Haut und vergröfserten sich nachher nicht weiter. Mit dem Auftreten der Impetigopusteln verschwand sofort jene Hautröte. Ich konnte also die Beobachtung Wilsons, dafs die Impetigopusteln sofort als solche auf der Haut erscheinen, eine vorzügliche Beobachtung, die ich vorhin schon erwähnt hatte, durch direkte Anschauung bestätigen.

Von den 60 durch diese Impfung entstandenen Impetigopusteln, die ziemlich gleichmäfsig über die ganze Aufsenseite des linken Vorderarmes verbreitet waren, zeigten sich die meisten von einem Haare durchbohrt; eine geringe Anzahl von Pusteln wies ein solches Verhalten nicht auf. Die von einem Haare nicht durchbohrten Pusteln waren etwas gröfser als die übrigen. Hämorrhagien in der Umgebung einzelner Pusteln, wie bei der ersten Impfung, fanden sich diesmal nicht. Jene Hämorrhagien waren wohl deshalb entstanden, weil vor jener ersten Impfung die zu infizierende Hautstelle durch Schaben mit einem Skalpell

ihrer obersten Epidermisschicht beraubt worden war. Diese Prozedur hatte wohl an einzelnen Stellen ein tieferes Eindringen der Eiterkokken in die Haut und eine intensivere Einwirkung derselben auf das tieferliegende Gewebe bzw. die Wandungen der Kapillargefäfse des Papillarkörpers ermöglicht.

Der Verlauf des aus 60 Pusteln bestehenden Impetigoausschlages war ähnlich dem nach der ersten Impfung. Nach Verlauf von 8 Tagen waren fast sämtliche Pusteln eingetrocknet und ohne Hinterlassung von Narben verschwunden. Zwei Pusteln jedoch, am unteren drittel des linken Vorderarmes, von denen jede von einem Haare durchbohrt war, verwandelten sich in zwei grofse und äufserst schmerzhafte Furunkeln. Beide Furunkeln, waren erst Mitte Mai 1886 geheilt. Nach Abheilung dieses Impetigoausschlages und der Furunkeln stellten sich bis zum Monate Juli noch ab und zu einzelne Impetigopusteln auf der Haut meines linken Vorderames ein. Offenbar waren nach der zweiten Impfung einzelne Eiterkokken auf meiner Haut zurückgeblieben, die trotz Waschen und Baden nicht entfernt wurden und die Veranlassung zur Entstehung von Recidiven des Impetigoausschlages wurden.

Der Eiter von 10 jener 60 Pusteln und später auch der Eiter aus beiden Furunkeln wurde auf des Vorhandensein der Eiterkokken geprüft. Alle 10 Pusteln waren von wohlerhaltener Epidermis bedeckt. Ihr eiteriger Inhalt wurde teils mikroskopisch, teils nach dem Plattenverfahren untersucht. Die Bakterienkolonien aus den (Gelatine-) Platten wurden in Reagensgläser auf Gelatine und Agar-Agar überimpft. Auf diese Weise wurde für die Pusteln dieser Impfimpetigo ebenso wie vorher für die der ersten Impfung festgestellt, dafs die im Pustelinhalt befindlichen Bakterien ausschliefslich Eiterkokken waren. Auch hier fanden sich die Eiterkokken in verhältnismäfsig grofser Anzahl im Inhalte jeder Pustel. Die einzelnen Pusteln enthielten teils den Stapylococcus p. aur. allein, teils den albus allein, teils beide zugleich. Im Eiter des einen Furunkels fand sich nur der St. p. aureus, in dem des andren der aureus und der albus zusammen.

Eine dritte Impfung an mir nahm ich am 7. Mai 1886 vor.

Ich brachte mir mit der ausgeglühten Nadel einer PRAVAZschen Spritze ein Spürchen einer Mischkultur von St. p. aur. und alb. in die Cutis der Haut meines linken Zeigefingers. Nach 48 Stunden hatte sich hier ein linsengrofser Abscefs gebildet, der nun sofort eröffnet wurde. Der Abscefseiter enthielt nur den St. p. aureus.

Um nun aber auch zu erfahren, wie die Eiterkokken im Gewebe der Haut sich verhalten, auf welchen Wegen sie in die Haut eindringen und auf welche Weise sie die Pustelbildung veranlassen, liefs ich mir am 28. April, 3 Tage nach der zweiten Impfung, durch Herrn Dr. CRAMER aus meinem linken Vorderarm ein Stückchen Haut exzidieren, auf welchem drei wohlerhaltene, mit intakter Decke versehene Impetigopusteln safsen. Es entstammte jener Stelle der Haut, die ich vor der Impfung leicht gekratzt hatte. Das Hautstückchen hatte die Gröfse eines Zehnpfennigstückes. Von den 3 Pusteln, die es trug, war eine von einem Haare durchbohrt, zwei nicht.

Dieses Hautstückchen wurde mikroskopisch untersucht. Die einzelnen Schnitte wurden nach der GRAMschen Methode gefärbt. Da zeigte sich nun folgendes: I. In die Basis der einen nicht von einem Haare durchbohrten Pustel mündete der Ausführungsgang einer Knäueldrüse. Derselbe war, soweit er durch die Epidermis verlief, ganz erfüllt mit Eiterkokken. Im Cutisteile des Ausführungsganges dieser Knäueldrüse fanden sich keine Eiterkokken mehr. Sie sehen unter dem Mikroskope, das ich dort aufgestellt habe, ein Präparat von dieser Pustel, welches den Ausführungsgang der Knäueldrüse im Längsschnitt enthält. Die Epithelzellen an der Mündung dieses Ausführungsganges sind etwas zerklüftet und offenbar infolge der Pustelbildung teilweise abgehoben worden. Der Ausführungsgang ist, soweit er durch die Epidermis verläuft, von zahllosen Eiterkokken wie ausgegossen. Bei näherer Betrachtung werden Sie übrigens wahrnehmen, dafs die Eiterkokken nicht in der Lichtung, sondern in der Wand des Ausführungsganges liegen und dafs sie hier kleinere und gröfsere, nicht immer deutlich voneinander abgrenzbare Gruppen bilden. Eiterkokken fanden sich aufserdem noch in diesem Präparate innerhalb des geronnenen Pustelinhaltes in grofser Anzahl, ferner

in den am Boden der Pustel liegenden Epidermisteilen bis an die Grenze des Papillarkörpers, sowie in der das Dach der Pustel bildenden Epidermisschicht in sehr beträchtlicher Zahl. In der Cutis finden sich keine Eiterkokken. Der Papillarkörper der Cutis im Bereiche der Pustel enthält viele Wanderzellen. In die Cutis sind die Eiterkokken vom Drüsenausführungsgange aus nicht eingedrungen. Die Kokkeninvasion in denselben hört, wie gesagt, dort auf, wo er die Epidermis verläfst und in das Gewebe der Cutis eindringt.

II. Ein andres Bild boten die Schnittpräparate von der zweiten nicht von einem Haare durchbohrten Pustel. Diese stand nicht in Beziehung zum Ausführungsgange einer Knäueldrüse und auch nicht zu einem Haarbalge. Der Inhalt dieser Pustel sowie die das Dach derselben bildenden und die auf ihrem Boden aufsitzenden Epidermisteile enthielten Eiterkokken in grofser Zahl. In der Mitte des Bodens dieser Pustel befand sich eine Papille, über deren Gipfel eine Epithelschicht nicht mehr zu erkennen war, und die neben sehr zahlreichen Wanderzellen auch Eiterkokken in gröfserer Anzahl enthielt. Die Eiterkokken waren aber auch unter diese Papille vorgedrungen und bildeten hier, in der subpapillaren Cutisschicht, einige kleine Ansammlungen in Form von kurzen, parallel zur Hautoberfläche verlaufenden Zügen. Die übrigen Papillarkörper im Bereiche dieser Pustel waren ebenfalls von Wanderzellen durchsetzt, enthielten jedoch keine Eiterkokken. Hier waren also die Eiterkokken an einer Stelle über das epidermidale Gewebe hinaus in die Cutis eingedrungen.

III. Die dritte Pustel endlich, die von einem Haare durchbohrt war, bildete eine Halbkugel mit dem Haare in der Mitte. Auch hier fanden sich zahlreiche Eiterkokken im eiterigen Inhalte der Pustel, in den Epidermisteilen am Boden und in denen des Daches der Pustel, ferner im Haarbalge und — verhältnismäfsig am zahlreichsten — in dem Ausführungsgange der zum Haarbalge gehörenden Talgdrüse. Im Haarbalge fanden sich die dicht beisammen liegenden Eiterkokken nur innerhalb der äufseren Wurzelscheide; sie erfüllten dieselbe in einer Tiefe, die kaum der Dicke der Epidermis entsprach. Noch reichlicher als in der

äufseren Wurzelscheide des Haares fanden sich die Eiterkokken im Ausführungsgange der Talgdrüse. Sie waren indes auch hier nur in eine geringe Tiefe vorgedrungen. Auch hier lagen sie nicht im Lumen, sondern in der Wand des Ausführungsganges. In der Cutis fanden sich keine Eiterkokken, dagegen viele Wanderzellen in den im Bereiche der Pustel liegenden Cutispapillen.

Aus dem Resultate des Impfexperimentes, das ich an mir vorgenommen habe, sowie aus dem Resultate der eben mitgeteilten mikroskopischen Untersuchung glaube ich folgende Schlüsse ziehen zu können:

Die Impetigopustel entsteht durch die Einwanderung des Staphylococcus pyog. aur. und alb. in das Gewebe der Oberhaut. Die Pforten, durch welche diese Eiterkokken in die Haut eindringen, sind a. die Ausführungsgänge der Knäueldrüsen; b. die Mündungen der Haarbälge und die Ausführungsgänge der Talgdrüsen; c. Stellen der Haut, die durch irgendwelche Insulte (z. B. Kratzen) ihrer schützenden Hornschicht beraubt sind. Sind die Eiterkokken einmal durch diese Pforten in die Haut eingedrungen, so vermehren sie sich entweder a. in der Wand des Ausführungsganges einer Knäueldrüse und in dem die Mündung desselben zunächst umgebenden Stratum Malpighii, oder b. in der äufseren Wurzelscheide eines Haarbalges und im Ausführungsgange einer Talgdrüse, sowie in dem deren Mündungen zunächst liegenden Stratum Malpighii, oder endlich c. an irgend einem Punkte des Stratum Malpighii, wo dasselbe seiner schützenden Hornschicht beraubt war, und in dessen nächster Umgebung. Die Eiterkokken vermehren sich am Orte der Infektion sehr rasch und rufen dadurch — oder durch ihre giftigen Stoffwechselprodukte — eine stürmische eiterige Entzündung in den zunächstliegenden Papillarkörpern der Cutis hervor. Die Heftigkeit dieser eiterigen Entzündung äufsert sich durch die sehr rasch nach der Infektion entstehende Pustel. In der Regel wandern die Eiterkokken, wenn sie nur eine Impetigopustel hervorrufen, nicht über das Epidermisgewebe hinaus in die Cutis ein. Thun sie dies doch, wie bei der einen oben beschriebenen Pustel, die ich mir exzidieren liefs, so sind alle Bedingungen zur Entstehung eines

Hautabscesses gegeben. Das dürfte indes nur nach gröberen mechanischen Insulten der Haut vorkommen. Bei meiner oben beschriebenen Pustel geschah es indes schon nach einem verhältnismäfsig leichten Insult.

Der Furunkel entwickelt sich aus einer Impetigopustel, und zwar entweder aus einer Impetigopustel, die über einem Haarfollikel, oder aus einer solchen die über dem Ausführungsgange einer Knäueldrüse entstanden ist. Den ersteren Vorgang habe ich an mir selbst beobachtet und ich halte denselben für häufiger als den letzteren, wenigstens habe ich bei Patienten beobachtet, dafs sich seltener an eine nicht von einem Haare durchbohrte Impetigopustel ein Furunkel anschlofs als an eine solche Pustel, die in Beziehung zu einem Haarfollikel stand. Ich halte es aber für ausgeschlossen, dafs ein Furunkel sich entwickeln könne aus einer Impetigopustel, die durch Eindringen von Eiterkokken in die auf irgend eine Weise verletzte Oberhaut entstanden ist, also aus einer Impetigopustel, die keinen Zusammenhang hat mit einem Haarfollikel oder mit dem Ausführungsgang einer Knäueldrüse. Dringen die Eiterkokken von einer solchen Impetigopustel aus weiter in die Tiefe — in die Cutis — vor, so entsteht wohl nur ein Abscefs aber nicht ein Furunkel, ebenso wie man nach künstlicher Einimpfung der Eiterkokken mittels einer feinen Lanzette oder Nadel in die Haut nur Abscesse aber nicht Furunkeln entstehen sieht. Vielleicht hätte sich, wie schon erwähnt, die oben beschriebene Impetigopustel, die ich mir exzidiert hatte, und von der aus die Eiterkokken an einer Stelle bis unter den Papillarkörper vorgedrungen waren, später in einen Abscefs verwandelt, wenn sie länger bestanden hätte.

Der Furunkel dürfte sich wohl auf folgende Weise entwickeln: Nachdem die Eiterkokken in die Mündung des Ausführungsganges einer Knäueldrüse oder in die Öffnung einer Haartasche und in den Ausführungsgang einer Talgdrüse eingedrungen sind und nachdem sie zunächst die Entstehung einer Impetigopustel veranlafst hatten, wandern sie später allmählich in die Tiefe, bis sie am Ende des Schweifsdrüsenknäuels oder am Ende der Haartasche und in den Acini der Talgdrüse angelangt sind. Die Kokkeninvasion in diese röhrenförmigen Epi-

thelialgebilde ruft nun lebhafte Entzündung in dem dieselben mantelförmig umgebenden, gefäfshaltigen Bindegewebe hervor. Hier wandern nun weifse Blutzellen aus, welche sich, um ein seitliches Vordringen der Eiterkokken in die Cutis oder in das Unterhautzellgewebe zu verhindern, wie ein Wall, oder vielmehr wie ein zweiter Mantel um die erkrankten epithelialen Röhren herumlegen. Absteigende Kokkeninvasion in diesen Röhren sowie zunehmende Bildung des Eiterzellenmantels um dieselben schreitet gleichmäfsig vorwärts, bis die Eiterkokken am Ende der epithelialen Röhren — der äufseren Wurzelscheide des Haares, der Talgdrüse, der Knäueldrüse — angelangt sind. Dann entsteht auch dicht unterhalb des Endes der erkrankten Epithelialröhren ein Wall von Wanderzellen. Nun hört eine weitere Verbreitung von Eiterkokken auch in die Tiefe auf. Inzwischen sind die epithelialen röhrenförmigen Gebilde, in denen die Eiterkokken nach abwärts vorgedrungen sind, also die Haartasche und die Talgdrüse mit ihrem Ausführungsgange bezw. die Knäueldrüse mit ihrem Ausführungsgange abgestorben, teils durch die Einwirkung der Kokken selbst, hauptsächlich wohl aber durch die Ernährungsstörung, welche sie infolge der Bildung eines Eiterzellenmantels betraf. Die Eiterzellen, die wohl vorher schon in geringerer Zahl in die epithelialen Röhren hineingewandert waren, dringen nun in Menge in dieselben ein, füllen sie vollständig aus und nehmen auch teilweise eine Anzahl der hier befindlichen Eiterkokken in sich auf. Jetzt sitzt ein zapfenförmiger Eiterpfrof in der Haut. Inzwischen ist aber auch das die Epithelialröhren mantelförmig umgebende Bindegewebe, in dem sich der Eiterzellenmantel gebildet hat, infolge der Eiterung erweicht, zerstört worden. Nun lockert sich der Eiterpfropf und kann leicht aus der Haut herausgedrückt werden. Damit werden die Eiterkokken aus der Haut entfernt. Im herausgedrückten Eiterpfropf findet man alsdann aufser den Eiterkokken auch nekrotische Reste jener epithelialen Gebilde und des sie zunächst umgeben Bindegewebes. So ist denn der Furunkel geheilt und die weifsen Blutzellen sind als Sieger aus dem Kampfe mit den Eiterkokken hervorgegangen. Es läfst sich aber leicht denken, dafs die weifsen Blutzellen auch einmal nicht kräftig genug sein

können, um den Eiterkokken den Weg in die Cutis und das subkutane Gewebe zu versperren. Dieselben können dann in die Blutbahn gelangen und pyämische Erscheinungen hervorrufen.

Auf diese Weise kann man, glaube ich, die Entstehung des Furunkels und seines charakteristischen Eiterpfropfes am besten erklären.

Ich will hier noch bemerken, dafs, wie Sie wissen, schon längst, bevor man die heutige Methode der Bakterienforschung kannte, von mehreren Autoren nachdrücklichst behauptet wurde, der Furunkel nehme seinen Ausgang von einer Entzündung der Haarfollikel und der Hautdrüsen. So von RINDFLEISCH, KOCHMANN u. a. Dann hat GARRÉ auf Grund seines Impfexperimentes angenommen, dafs die Infektion beim Furunkel ihren Weg durch die Ausführungsgänge der Hautdrüsen nehme. Und jüngst hat ESCHERICH durch mikroskopische Präparate nachgewiesen, dafs die multiplen Abscesse im Säuglingsalter — einer Krankheit, die gewissermafsen den Furunkeln des späteren Alters entspricht und die er auch Folliculitis abscedens infantum nennt — ihren Ausgang von den mit Eiterkokken erfüllten Ausführungsgängen der Hautdrüsen nehmen.

Sie sehen nun also, die WILSONsche Impetigo und der Furunkel entstehen beide durch eine und dieselbe Krankheitsursache — den Staphylococcus pyogenes aureus und albus. Man ist daher berechtigt, beide Erkrankungen, zumal da die eine aus der andren sich entwickelt, für verschiedene Formen, Grade, eines und desselben Krankheitsprozesses zu halten.

Aber nicht allein bei diesen beiden Hautkrankheiten, auch bei einer dritten mit eiteriger Entzündung einhergehenden Hauterkrankung, deren Ätiologie bisher unbekannt war, fand ich den Staphylococcus pyogenes aureus und albus konstant im Eiter. Nämlich bei der sogenannten Bartfinne (Fulliculitis barbae, Akne mentagra, Sykosis). Diese chronische Hautkrankheit verursacht an den mit dicken Haaren besetzten Hautstellen Knötchen und Pusteln, die alle von einem Haare durchbohrt sind, ferner papilläre Wucherungen der Haut, entzündliche Infiltrate, Furunkeln und Abscesse. Dieser letztere Umstand, das Vorkommen von Furunkeln und Abscessen im Verlaufe der Sykosis, mufste von vornherein auf eine Beteiligung der Eiterkokken am Zustandekommen

dieses Krankheitsbildes hinweisen. Ich habe nun im vergangenen Sommer fünf Fälle von solcher Sykosis auf ihre Ätiologie hin untersucht. Ich untersuchte den Eiter einer grofsen Anzahl von Pusteln, Furunkeln und Abscessen, ferner die glasig aufgequollenen und eiterig imbibierten Wurzelscheiden der epilierten kranken Haare teils mikroskopisch, teils, indem ich die im Eiter und in den erkrankten Haarwurzelscheiden enthaltenen Bakterien nach dem Plattenverfahren isolierte und dann in Reinkulturen weiter züchtete. Ich wandte vor jeder dieser Untersuchungen alle nötigen Vorsichtsmafsregeln an, um alle zufällig auf der Haut liegenden Bakterien aus dem zu untersuchenden Material auszuschalten. So untersuchte ich z. B. nur frische, mit intakter Epidermis versehene Pusteln und aus solchen Pusteln stammende Haare, desinfizierte die Haut sorgfältig vor der Eröffnung eines mit Eiter erfüllten Knotens und dergl. Bei allen diesen Untersuchungen fand ich im Eiter der Pusteln, Knoten, Furunkeln, Abscesse und in den erkrankten Haarwurzelscheiden immer nur den Staphylococcus pyog. aur. oder alb., oder beide zugleich. Aus diesem ganz konstanten Befunde glaube ich schliefsen zu müssen, dafs diese beiden Eiterkokken die Krankheitserreger auch der Sykosis sind. Impfexperimente mit Reinkulturen von Eiterkokken an den behaarten Stellen des Gesichts habe ich nicht ausführen können. Indes dürfte es meines Erachtens nach jenem konstanten Bakterienbefunde bei Sykosis nicht zweifelhaft sein, dafs die Eiterkokken wirklich die Ursache dieser Hautkrankheit sind. Das eigentümliche Krankheitsbild, welches durch das Einwandern der Eiterkokken in die Follikel der dicken Haare entsteht, erklärt sich aus den anatomischen Verhältnissen dieser Haarfollikel. Die Einwanderung der Eiterkokken in diese Haarfollikel veranlafst anfangs immer nur Knötchen- und Pustelbildung; die Pusteln können dann später zu eitererfüllten Knoten, zu Abscessen und Furunkeln sich entwickeln. Von der Wilsonschen Impetigo unterscheidet sich die Sykosis 1. dadurch, dafs bei ihr der Entstehung der Pusteln häufig — allerdings nicht immer — eine Knötchenbildung vorausgeht, und 2. durch das Auftreten von gröfseren entzündlichen Knoten, die häufig nur sehr wenig Eiter in ihrem Zentrum enthalten.

Gemeinsam mit der Wilsonschen Impetigo ist der Sykosis der Umstand, dafs die Pusteln das Wesentliche des Krankheit prozesses ausmachen; 2. der Umstand, dafs die Pusteln öfters auc als solche, als fertige Eiterbläschen, auf der Haut erscheinen, ohn dafs ihrer Entstehung eine Knötchenbildung vorausgeht, und die Entwickelung der Pusteln zu Furunkeln. Die Unterschied zwischen Sykosis und Wilsonscher Impetigo erklären sich, w gesagt, leicht aus den anatomischen Verhältnissen der Hautstelle an welchen Sykosis überhaupt enstehen kann. Ich kann leid auf diesen Punkt hier nicht näher eingehen, um nicht zu wei läufig zu werden. Man kann also die Sykosis für eine modifizier Wilsonsche Impetigo halten.

Wilsonsche Impetigo, Furunkel und Sykosis sind demnac alle drei durch eine und dieselbe Krankheitsursache bedingt un stellen also nur verschiedene Formen, Grade eines und desselbe Krankheitsprozesses dar.

Es fragt sich nun, woher kommen die Eiterkokken und w kommt die Infektion durch dieselben zu stande? Über diese Punkt liegen teils schon interessante Beobachtungen vor, tei kann ich Ihnen selbst einige neue mitteilen.

Die Eiterkokken gehören offenbar zu den verbreitetsten p thogenen Organismen. Passet hat sie im Spülwasser, Lübbe in der oberflächlichen Humusschicht, Escherich in den Windel gesunder Säuglinge gefunden. Ich habe sie auf der Haut und i Schmutze unter den Fingernägeln gesunder Menschen, sowie i Nasenschleim gefunden. Auf der Haut gesunder Menschen fan ich sie relativ häufig, nämlich 3 mal unter 8 Fällen, also in eine hohen Prozentsatze. Ich schabte von der Haut der Extremitäte und der Nates von 8 gesunden Individuen kleine Partikelche der Oberhaut ab und verteilte dieselben in Nährgelatine un machte dann davon Plattenkulturen. Von den Bakterienkolonie aus den Platten legte ich Reinkulturen in Reagensgläsern au Agar-Agar-Nährboden an. Auf diese Weise fand ich bei 3 dies 8 Individuen den Staphylococcus pyogenes aureus. Im Schmut unter Fingernägeln fand ich den Staphylococcus pyog. aur. einm unter 6 untersuchten Individuen. Im Nasenschleim fand ich de Staphylococcus pyog. aureus und albus einmal in grofser Meng

bei einem Kranken, der an Sykosis der Oberlippe und an chronischem Schnupfen litt. Dieser Befund ist deshalb sehr interessant, weil Sykosiskranke häufig an chronischem Schnupfen leiden und die Sykosis auch die Nasenschleimhaut befallen kann — Sykosis Vibrissarum. Und gerade mit chronischem Schnupfen einhergehende Sykosis der Oberlippe ist eine äufserst hartnäckige Krankheit. Der Befund von Eiterkokken im Nasenschleime gibt einen Fingerzeig für die Behandlung derartiger Sykosiskranker.

Auf welche Weise die Eiterkokken Sykosis veranlassen, wenn sie im Nasenschleim vorkommen, ist klar und bedarf keiner weiteren Erörterung. Aber auch die Art und Weise der Infektion der übrigen Haut durch Eiterkokken ist leicht zu erklären: Die zufällig auf die gesunde Haut gelangten Eiterkokken werden, wie schon Garré angab, durch die bei Körperbewegungen und beim Sitzen eintretende Reibung der Kleidungsstücke in solche Hautstellen eingerieben, über welchen die Kleider enge anliegen. Daher erklärt sich das vorwiegende Auftreten der Impetigo und des Furunkels an den Extremitäten, den Nates und unter der Achselhöhle. Impetigo und Furunkel können aber auch dadurch entstehen, dafs die zufällig auf der Haut oder unter den Fingernägeln befindlichen Eiterkokken durch Kratzen mit den Nägeln in die Haut eingeimpft werden. Auf diese Weise können die accidentelle Impetigo, deren ich zu Beginn meines Vortrags Erwähnung gethan, sowie die Furunkeln bei juckenden Hautkrankheiten, wie Ekzem, Prurigo, Scabies u. a. entstehen. Das Vorkommen der accidentellen Impetigo bei juckenden Hautkrankheiten hat Hebra zu der Meinung veranlafst, die Impetigo sei überhaupt nur eine Folge- oder begleitende Erscheinung derartiger Hauterkrankungen.

Gelangen, wie ich hier beiläufig bemerken will, die Eiterkokken auf schon anderweitig erkrankte Hautstellen, die ihre schützende Hornschicht verloren haben, so können sie ebenfalls Eiterung verursachen, die aber natürlich leicht von der eiterigen Entzündung der Impetigo, des Furunkels und der Sykosis zu unterscheiden ist. So habe ich z. B. mehrmals den Staphyloc. p. aureus bei Ekzema crustosum im Eiter unter den gelben Borken gefunden. Es liegt mir natürlich ferne, die Eiterkokken in einen notwendigen ursächlichen Zusammenhang mit der Entstehung des

krustösen Ekzems zu bringen. Dagegen kann ich die Vermutung nicht unterdrücken, daſs sie wenigstens von accidentellem Einfluss seien auf die nach dem Platzen und Zusammenflieſsen der Pustel vor sich gehende Weiterentwickelung des Ekzema impetiginosum zu jenen eiternden Flächen, die man auch als Ekzema purulentum bezeichnet hat, und aus denen durch Eintrocknung des Sekrets das als Ekzema crustosum bezeichnete Krankheitsbild hervorgeht.

Das wohl häufige Vorkommen der Eiterkokken auf der gesunden Haut erklärt hinlänglich, warum Impetigo, Furunkel und Sykosis verhältnismäſsig häufige Hautkrankheiten sind; es erklärt auch leicht, warum einzelne Individuen sehr häufig von diesen Hautkrankheiten befallen werden, bezw. warum dieselben häufig recidivieren. Man sollte aber aus der weiten Verbreitung der Eiterkokken sogar schlieſsen, daſs alle Menschen einmal oder öfters wenn auch nicht an Sykosis, doch wenigstens an Wilsonscher Impetigo oder Furunkeln leiden müſsten. Warum das nicht der Fall ist, kann man vor der Hand nicht erklären, es sei denn daſs man das Wort „Disposition“ zur Erklärung heranzöge.

Die Erkenntnis von der parasitären Natur der Wilsonschen Impetigo, der Sykosis und des Furunkels kann nicht ohne Einfluſs bleiben auf die Therapie dieser Krankheiten. Ich habe hierüber Versuche angestellt, die zwar keineswegs schon zu einem Abschlusse gediehen sind, die aber doch einige bemerkenswerte Resultate ergeben haben.

Bei der Behandlung dieser Hautkrankheiten wird man darauf ausgehen, 1. die Heilbestrebungen der Natur zu unterstützen und zu fördern, und 2. zu verhindern, daſs die uns bekannte Ursache dieser Krankheiten noch öfters auf das schon einmal befallene Individuum einwirke, bezw. die Recidive dieser Krankheiten durch prophylaktische Maſsregeln zu verhüten.

Die in die Haut, in die Haarfollikel, Talg- und Schweiſsdrüsen eingedrungenen Eiterkokken werden durch die weiſsen Blutzellen wieder aus dem Organismus entfernt. Durch die Eiterung werden die pyogenen Staphylokokken aus dem Körper herausgeschafft. Durch die Eiterung tritt hier die Heilung ein. Wir brauchen nun zwar bei der Behandlung dieser Krankheiten die Eiterung nicht herbeizurufen, das besorgt der kranke Organismus

schon von selbst; wir müssen aber der Natur zu Hilfe kommen, indem wir sie in ihrem Bestreben, die Eiterkokken aus der Haut zu eliminieren, unterstützen. Dies thun wir am besten, indem wir den Abfluſs des Eiters aus der Haut fördern, erleichtern oder beschleunigen. Auſserdem werden wir dem Organismus bei der Vernichtung der Eiterkokken durch gewisse Mittel, die er selbst nicht anwenden kann, behilflich sein: durch die antiseptischen Arzneimittel. Durch die passende Anwendung dieser Arzneimittel können wir dann ferner noch — wenn auch nur in beschränktem Maſse — verhindern, daſs die Eiterkokken den geheilten Organismus aufs neue heimsuchen; dadurch suchen wir Recidive zu verhüten.

Recht gut kann dieser Heilplan befolgt werden, wenn die Eiterkokken nicht sehr tief in die Haut eingedrungen sind, also bei der Wilsonschen Impetigo. Diese heilt natürlich auch verhältnismäſsig leicht ganz ohne unser Zuthun. Wir beschleunigen aber die Heilung, wenn wir die Pusteln eröffnen und die entleerten Pusteln desinfizieren; auſserdem dürfte man durch diese Behandlung den Übergang einer Impetigopustel in einen Furunkel am ehesten verhüten. Als Desinfiziens hat sich mir hier eine 1—2‰ige Sublimatlösung am besten bewährt. Desinfiziert man nicht, dann füllt sich die entleerte Pustel leicht wieder und die Heilung erfolgt erst später. Desinfiziert man, dann füllt sie sich nicht mehr und die Heilung erfolgt sogleich. Nachteilig ist es, die impetigokranken Hautstellen mit solchen Medikamenten zu behandeln, welche den Abfluſs des Eiters verhindern, welche den Eiter leicht in der Haut zurückhalten, also mit Pasten oder Salbenmullen. Selbst weiche Salben, wie die Hebrasche Salbe, sind der Heilung nicht förderlich. Auch die Anwendung des Puders kann hier nachteilig wirken, wenn derselbe mit einem Teile des Pusteleiters eine Kruste bildet und den übrigen Teil des Eiters in der Pustel zurückhält.

Bei der Behandlung der Sykosis befolgen wir teilweise schon längst die eben erwähnten Grundsätze: wir epilieren die kranken Haare und entleeren dabei auch die vorhandenen Pusteln. Der Epilation aber lassen wir gewöhnlich die Anwendung gewisser Salben folgen. Bessere Dienste als diese Salben hat mir auch hier das Sublimat geleistet, dessen Anwendung ich der Epilation

folgen liefs. Durch diese Behandlung habe ich in mehreren seh hartnäckigen Sykosisfällen rasch Heilung erzielt. Und durch di prophylaktische Anwendung des Sublimats habe ich bei mehrere Kranken Recidive verhindert. Diese Kranken wuschen ihr Ge sicht täglich 1—2 mal mit 1‰iger Sublimatlösung. Unterliefse sie diese Prozedur für einige Zeit, dann stellten sich wieder Sy kosisknötchen oder Pusteln ein. Die im Verlaufe der Sykosi auftretenden entzündlichen, wenig Eiter enthaltenden Knoten un die Abscesse sind zu eröffnen und dann gut zu desinfizieren.

Bei der Behandlung des Furunkels kann man von den vo hin ausgesprochenen Grundsätzeu nicht den vollen Gebrauc machen, weil hier die Anwendung der antiseptischen Arzneimitte ohne grofsen Nutzen ist. Man macht zwar Karbolwasserüberschläg auf den Furunkel, aber die Karbolsäure kann doch nicht durch de ganzen Pfropf hindurch an dessen unteres Ende gelangen, wo ihr Wirkung am nötigsten wäre. Man mufs sich hier auf warme Übe schläge oder auf Emplastrum hydrargyri beschränken, um die Ei terung und damit die Lösung des Pfropfens zu beschleunigen, de man, sobald es möglich ist, herausdrückt, eventuell nach einer Einschnitte mit dem Messer — also die alte Behandlung. Injek tionen von antiseptischen Flüssigkeiten in den Furunkel oder i dessen Umgebung sind unerträglich schmerzhaft und schliefslich nur von geringem Erfolg.

Furunkeln und Wilsonsche Impetigo recidivieren sehr gern Zur Verhütung der Recidive kann man hier Antiseptika kaum anwenden, man müfste denn Sublimatbäder nehmen lassen Ich habe öfters derartige Patienten häufige warme Bäder nehmen lassen, aber ohne Erfolg. Impetigo und Furunkeln recidivierten trotz der Bäder. Für diese Krankheiten hat man vor der Hand kein brauchbares Mittel zur Verhütung ihrer Recidive.

Was ich Ihnen soeben über Therapie und Prophylaxe der Wilsonschen Impetigo, des Furunkels und der Sykosis gesagt habe, hat nur den Wert allgemein gehaltener Andeutungen der Grundsätze, welche bei der Behandlung dieser Krankheiten zu befolgen sind. Und diese Grundsätze ergeben sich aus der Kenntnis der Ätiologie dieser Krankheiten von selbst.

Ich schliefse hiermit meinen Vortrag, und erfülle noch die

angenehme Pflicht, Herrn Dr. August Pfeiffer, dem Vorstand des bakteriologischen Institutes im Schmittschen Laboratorium, für die überaus freundliche Unterstützung, die er mir während dieser Arbeit in hohem Maſse gewährte, meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Referate.

Das schankerähnliche Syphilom der Genitalien, von Dr. Declercq. *Thèse de Lille.* 1886.

Im Jahre 1867 gab Prof. A. Fournier in *Les Archives gén. de Méd.* dem Wiederaufbruch der Schanker nach der Vernarbung den Namen Ulcération redux. Die Beschreibung der Indurationen in der Nachbarschaft und der zentralen oder tiefen Erweichung vervollständigte diese Studie. Im Jahre 1868 erörterte er in seiner Arbeit über den Pseudoschanker die Frage der Reinfektion und zeigte, daſs viele der sog. Reinfektionen nur unter der Form von Schankern auftretende Erscheinungen seien. Diese dem syphilitischen Schanker ähnlichen Läsionen studiert Declercq unter den Auspizien von Prof. Leloir in seiner Dissertation und nennt sie Syphilôme chancriforme. Im ersten Teil seiner Arbeit macht uns der Verf. mit den Ansichten Leloirs über das Syphilom im allgemeinen und das der Haut im besonderen bekannt. Was hat man unter Syphilom zu verstehen? Das Wort ist von Wagner geschaffen und bezeichnet eine durch Syphilis hervorgebrachte Neubildung. Es ist zirkumskript oder diffus, von veränderlichem Volumen und findet sich fast in allen Geweben oder Organen. Cornil hat in seinen Vorlesungen gezeigt, daſs alle Syphilome sich histologisch ähnlich sind; man kann mit Prof. Leloir hinzufügen, daſs diese Übereinstimmung in einer bestimmten Periode der Entwickelung des Syphiloms existiert. In dieser Periode ist die Neubildung aus embryonalen Zellen zusammengesetzt, welche dichtgedrängt ins Gewebe infiltriert sind. Diese Zelleninfiltration begleitet jede syphilitische Affektion, und die Histologie findet sie mit mehr oder weniger ausgesprochenem Charakter stets wieder. Die Annahme des Syphiloms vereinfacht das Studium der allgemeinen Pathologie der Syphilis und gestattet die von Ricord eingeführte klassische Einteilung der syphilitischen Erkrankungen beiseite zu lassen. Nach Leloir ist die Einteilung der Krankheit in 3 Perioden eine schlechte, weil sie der in allen Stadien vorhandenen Identität des Syphiloms nicht Rechnung trägt. Vom klinischen Standpunkte aus ist sie nicht besser, weil sie das Auftreten rückbildungsfähiger Erscheinungen auf eine bestimmte Epoche beschränkt, während dieselben jeden Augenblick auftreten können. In bestimmten Fällen sieht man sekundäre Erscheinungen nicht spontan zurückgehen, z. B. Gummen; anderseits können zusammen mit Gummen ganz oberflächliche Syphiliden in einer schon sehr vorgeschrittenen Periode der Syphilis vorkommen. Prof. Leloir hat infolge dessen die Syphilome in

rückbildungsfähige und nicht rückbildungsfähige eingeteilt. Der Typus der ersteren ist die Papel, der der letzteren das Gumma. Nach diesen Betrachtungen über das Syphilom im allgemeinen zeigt Declercq, dafs das Syphilom der Haut sehr vielgestaltig aussieht, infolge seines anatomischen Sitzes, seines Volumens und der umgebenden Läsionen. Dieser Polymorphismus ist so grofs, dafs dadurch das Aussehen andrer spezifischer Haut- oder Schleimhautaffektionen (Lichen, Psoriasis, Akne, Ekthyma) hervorgerufen werden kann. Diese letzteren Formen studiert Declercq im zweiten Teile seiner These.

Unter schankerähnlichem Syphilom versteht der Verf. nach Professor Leloir Läsionen, welche dem Schanker oder dem primären Syphilom gleichen. Prof. Fournier hatte in seiner oben citierten Arbeit 1. die ulcera redux oder das Wiederaufbrechen des Schankers kurz nach der Vernarbung beschrieben. 2. Die Induration der Nachbarschaft, eine Art fortschreitender Lymphangitis, welche während der Entwickelung des Schankers auftritt und durch oberflächliche Ulceration den Anblick eines Schankers gewährt. 3. Den indurierten Pseudoschanker des Recidivs. Declercq macht aus allen diesen Läsionen eine Krankheitsform und teilt das schankriforme Syphilom in ein schnell auftretendes (vor den sekundären Erscheinungen) und ein langsam auftretendes (nach den sekundären Erscheinungen). Wie der Schanker kann es sich spontan zurückbilden oder nicht. Bildet es sich zurück, so ist es erodiert oder ulceriert, bildet es sich nicht zurück, so tritt Ulceration ein, 1. durch partielle Nekrose der Neubildung, 2. durch totale Nekrose der Neubildung, 3. durch totale Nekrose der Neubildung mit geringer Nekrose der umgebenden Gewebe. Die Ursachen der Bildung eines schankriformen Syphiloms sind entweder mechanische oder diathetische. Unter der ersteren scheint eine allzustarke Induration die Ulceration zu begünstigen, weil Traumen leichter Gelegenheit haben zu wirken (Coitus), und die Gewebe schlechter ernährt werden. Die Diathese izt die häufigste Ursache des Syphiloms. Es scheint, als ob auf alten Narben oder in deren Nähe ein plötzliches Wiedererwachen des Virus und eine Proliferation toxischer Zellen stattfände.

Was die Diagnose anbetrifft, so können zahlreiche Erkrankungen der Genitalien ein schankerähnliches Syphilom vortäuschen. Vom Schanker unterscheidet es sich dadurch, dafs die Induration der Ulceration vorangeht. Dies kommt daher, weil beim Schanker das Virus von aufsen, durch eine Kontinuitätstrennung der Haut eingedrungen ist, während beim schankerähnlichen Syphilom das überall unter der Haut gelagerte Virus sich gerade dort lokalisiert. Manchmal nimmt das schankerähnliche Syphilom den Charakter eines Gumma an. Die Erweichung der Induration kann zentral oder tief sein oder findet nur an einzelnen Punkten statt, so dafs die Oberfläche durchlöchert wird. In manchen Fällen wird das Syphilom phagedänisch. Um die in diesen Fällen schwierige Diagnose zu stellen, mufs man sich erinnern, dafs das schankriforme Syphilom seinen Sitz an den Genitalien hat.

Man muſs an seine Abgrenzung gegen die Nachbarorgane denken, an seine Färbung, seine Entwickelung, sein mögliches Weiterschreiten auf die Drüsen. Den prognostischen Wert dieses Syphiloms muſs man kennen. Declercq zeigt, daſs es manchmal einen Nachschub der Syphilis bedeutet. Es kann als isolierte Erscheinung bestehen, ein Zeichen des lokalen Wiedererwachens des Virus an der Stelle, wo der Schanker saſs; es kann mit andern mehr oder weniger verbreiteten Zufällen zusammenkommen, oder endlich es kann dem Ausbruch andrer Erscheinungen vorangehen. Jedenfalls muſs man beim Erscheinen eines schankriformen Syphiloms die spezifische Behandlung einleiten. Die Virulenz verhält sich nach Fournier wie bei einem Schanker. Sie wird mit der Dauer der Syphilis schwächer. Wenn es in der späten Periode erscheint, ist es nicht kontagiöser als das Gumma. Aus dieser von 25 Beobachtungen, die teils eigne sind, teils von Fournier oder Leloir stammen, begleiteten Studie schlieſst der Verf. auf die extreme Seltenheit der syphilitischen Reinfektion. Er stimmt mit Leloir darin überein, daſs nicht nur die meisten von keiner weiteren Erkrankung gefolgten Reinfektionsschanker schankriforme Syphilome seien, sondern daſs auch ein Teil derjenigen dahin gehöre, denen Erscheinungen folgen. Es scheint sogar Declercq, daſs einige Fälle von Syphilis maligna praecox nichts als Ulcerationen gewesen sind, welche auf ein für einen Initialaffekt genommenes schankriformes Syphilom folgten.

Lille. H. Tavenier.

Übersetzt von Dr. Appel, Altona.

Beitrag zur Knochensyphilis. Spontanfrakturen groſser Knochen bei Syphilitischen, von Dr. A. E. Prévost. *Thèse de Doctorat.* Lille 1886.

Die durch Syphilis verursachten Knochenläsionen sind seit langer Zeit bekannt. Die alten Schriftsteller haben erwähnt, daſs bei Syphilitischen die Knochen auf eine so geringe Veranlassung hin brechen könnten, die nicht im stande wäre, bei einem Gesunden einen Knochenbruch hervorzurufen. Im Jahre 1884 hatte M. Gellé in seiner Dissertation durch zahlreiche Beobachtungen gezeigt, wie die Syphilis die Produktion von Frakturen bewirkt, zuerst als prädisponierende Ursache, sodann im Verlauf der Fraktur durch Verhinderung der Konsolidierung, und umgekehrt wie die Fraktur die Syphilis beeinfluſst. Der Zweck der Arbeit von Prévost ist, zu zeigen, welchen Einfluſs die Syphilis auf die Entstehung der Spontanfrakturen hat, und auseinanderzusetzen, wie dieser Einfluſs sich geltend macht. Er hält sich an den ausschliefslichen Einfluſs der lokalen Läsionen der Knochensyphilis und, indem er sich auf pathologisch-anatomische und histologische Beweise stützt, zeigt er, daſs die Syphilis durch Konzentrierung der Läsionen auf einen Punkt die Konsistenz des Knochens vermindert. Um seine Ansicht zu beweisen, stützt sich der Verf. auf die bemerkenswerte Untersuchung,

welche Leloir im J. 1882 bei einer Frau aus der Abteilung des Professor Fournier machte, die an multiplen syphilitischen Gelenkentzündungen litt. Diese vom Standpunkte der verschiedenen Formen syphilitischer Knochenveränderung sehr vollständige Beobachtung diente im J. 1882 zur Abfassung der Dissertation von Méricamp über die tertiären syphilitischen Gelenkentzündungen. Im Besitze dieser anatomisch-pathologischen und histologischen Untersuchung konnte Prévost den Einfluſs der lokalen Läsionen der Knochensyphilis zeigen und die Fälle studieren, wo die Knochen spontan brechen, während die umgebenden Gewebe (Haut, Unterhautgewebe und Muskeln) nicht verändert sind. Um zuerst zu beweisen, daſs die Syphilis zu Frakturen prädisponiert, citiert der Verf. die zahlreichen Beobachtungen und fügt einen bei Prof. Leoir selbst beobachteten Fall hinzu. Es handelt sich um eine 26jährige Frau, welche nicht wuſste, daſs sie an Syphilis litt (durch Konception infiziert). Die Krankheit bestand seit ca. 6 Jahren; es bestanden ausgedehnte Hyperostosen der Humeri und Claviculae. Diese Frau hob einfach ein kleines Federkissen in die Höhe und brach sofort den linken Humerus ganz durch. — Manche Autoren haben, um die Zerbrechlichkeit der Knochen zu erklären, das Quecksilber beschuldigt; jedoch ist dieser Irrtum der Antimerkurialisten wiederlegt. Nun fragt es sich, ob die Syphilis so wirkt, daſs sie als allgemeine Erkrankung eine Art Osteomalacie herbeigeführt, oder ob sie durch lokale Läsionen den Knochen an einem Punkte schwächt. Vom klinischen Standpunkte aus ist die Existenz solcher Läsionen am frakturierten Punkte oft erwähnt worden; und man konstatiert in den Beobachtungen in der That bald die Anwesenheit einer Exostose, bald mehr oder weniger heftige Schmerzen von verschiedener Dauer. — Die pathologische Anatomie bringt das meiste Licht in die Frage. Die hauptsächlichen Arbeiten, welche die Pathogenie dieser Frakturen erklären, verdanken wir Lanceraux, Volkmann, Cornil, Méricamp, Leloir, und zuletzt Gangolphe. Volkmann bezieht die Fälle von Knochenzerbrechlichkeit bei Syphilitischen auf Ostitis gummosa. Ricord, Lanceraux und Bourell schlieſsen sich dieser Neigung an. Cornil unterscheidet 3 Arten von Knochenläsionen: Osteoperiostitis, Ostitis rareficiens, oder Osteoperiostitis gummosa. — Méricamp hat bewiesen, daſs die Hypothese einer allgemeinen Knochenaffektion zu verwerfen ist, weil bei der Frau, welche er sezieren konnte, mehrere Knochen vollkommen intakt waren. Léloir legt die von ihm histologisch konstatierten Thatsachen dahin aus, daſs die Syphilis Knochenveränderungen verursacht, deren Ursprung auf eine rarefizierende Ostitis zurückgeführt werden kann. Durch die Umbildung der ursprünglich auftretenden embryonalen Zellen entstehen die verschiedenen Formen der Knochenerkrankung (einfache rarefizierende Ostitis, Ostitis eburnans, Ostitis gummosa, Ostitis sclerosa oder Sklerogumma). Die Frakturen finden statt, wenn die Kranken Träger nicht rückbildungsfähiger Syphilome sind. Die Anwesenheit eines Syphiloms an der Bruchstelle hindert die Konsolidierung der Fragmente durch Neubildung embryonalen Gewebes, welches keinen

Callus bildet, sondern im Gegenteil krankhafte, käsige Produkte, was alles zur Pseudarthrose führt. Die Behandlung darf folglich nicht blofs eine lokale sein, sondern eine allgemeine (Quecksilberpräparate und Jodkali in grofsen Dosen).

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Beitrag zum Studium der Behandlung der Keloide, von G. Guyard. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die medikamentöse Behandlung ist oft nicht im stande, Keloide zu beseitigen oder auch die gelegentlich auftretenden Schmerzen zu lindern. Dieselbe gibt nur dann gute Resultate, wenn die Keloide mit einem syphilitischen oder skrofulösen Allgemeinzustand verbunden sind. Die ergiebig ausgeführte Exstirpation ist allen andern Methoden vorzuziehen, aufser wenn bei dem Patienten allgemeine Schwäche oder besondere Neigung zur Keloidbildung besteht. Die während der Vernarbung ausgeübte Kompression hilft mächtig, die Heilung zu beschleunigen. Sehr gute Resultate geben die von Vidal angewandten multiplen Skarifikationen, wie man aus 7 in der These von Guyard gesammelten Beobachtungen sieht. Ihre erste Wirkung ist das plötzliche Verschwinden der Schmerzen. Um die Keloide zu heilen, müssen die Skarifikationen regelmäfsig und in bestimmten Intervallen gemacht werden. Sie müssen bis zum gänzlichen Schwund des indurierten Gewebes fortgesetzt werden; auch die nach der Abtragung auftretenden Recidive lassen sich so beseitigen.

Lille. H. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Dänemark.

In einer Abhandlung über seltene Formen von Jodexanthem bespricht Haslund (*Hospitalstidende.* 1887. Nr. 7) einige von ihm beobachtete Fälle von **Dermatitis diffusa** (medicamentosa, Behrend), wo nur Kopf und Hals ergriffen waren, dann einen Fall, wo die Eruption ziemlich dem Erythema nodosum glich, indem kleine kutane Knotenbildungen zweimal bei demselben Patienten sich nach Jodkaliumgebrauch einfanden. Bei einem andren Kranken entstand jedesmal nach nur einigen Efslöffeln voll Jodkalimixtur eine sehr bedeutende, symmetrische Blaseneruption bei ungestörtem Allgemeinbefinden; mehrmals wurde das Einnehmen doch fortgesetzt und die Eruptionen schienen etwas nachzulassen, aber eine starke Diarrhöe nötigte zum Aussetzen. — Endlich hat Verf. einen Fall von einer hämorr-

hagischen, Purpuraähnlichen Eruption beobachtet, welche jedoch nicht seh stark war und durch allmähliches Gewöhnen an die Medikation schwand.

Haslund publiziert (*Hospitalstidende.* 1887. Nr. 10) zwei Fälle vo **syphilitischer Initialaffektion der Fauces** bei einem 11jährigen Mädche und bei einem 27jährigen Weibe. Verf. ist nicht im stande, über di Ätiologie etwas Näheres zu bringen; er glaubt bestimmt, peno-buccalen Coitu ausschliefsen zu dürfen, meint dagegen, dafs die Überführung durch Küss oder Efsgeschirre entstanden sei. Er hat früher 4 Fälle beobachtet (ref *Monatshefte für prakt. Derm.* 1886. pag. 456) und ist der Überzeugung, daf Tonsillenschanker häufiger als gewöhnlich vorkommen, und lenkt deshall die spezielle Aufmerksamkeit der Ärzte auf diesen Punkt.

A. Bornemann hat 8 Fälle von **Ulcera cruris** mit Zinkglycerinlein nach der Methode von Unna behandelt und seine Resultate in *Hospitals tidende.* 1887. Nr. 8 publiziert. Die Behandlung war die von Unna an gegebene, teils mit, teils ohne Ichthyolzusetzung. Nur hat Verf. gewöhnlich einköpfige statt zweiköpfige Binden angewendet, wodurch weniger Belästigung und Schmerz mit eben demselben therapeutischen Resultat erzielt wurde. Nach den mitgeteilten Krankengeschichten wird ersichtlich, dafs die Ulcera tionen, welche durchgehend früher nach verschiedenen älteren, bekannten Methoden (Salben, Karbolwasserumschläge u. s. w.) behandelt waren, durch die Anlegung der Leimbandagen auffallend schnell heilten. Verf. gibt des halb der Methode die beste Empfehlung; dagegen war sie in zwei Fällen von chron. Ekzemen der Unterschenkel weniger effektiv, wenn auch daselbst die Behandlungsweise wegen gröfserer Bequemlichkeit den meisten andern gewifs vorzuziehen wäre.

Kopenhagen. E. Pontoppidan.

England.

Lupus. *Med. Soc. Lond.* 20. Dez. 1886. Colcott Fox zeigte ein Kind, welches an Lupus des behaarten Kopfes, des Gesichts, des Mundes, des Gaumens und Larynx litt. Orwin zeigte ebendaselbst einen Fall von primärem Lupus des Larynx bei einer Frau. Morell Mackenzie hatte diesen Fall gesehen und machte auf die extreme Seltenheit von primärem Lupus in dieser Gegend aufmerksam; er wufste nur von zwei solchen Fällen. Felix Semon hatte einen Fall erfolgreich mit dem Galvanokauter behandelt und so eine seit 12 Monaten bestehende Aphonie geheilt.

Hereditäre Syphilis der Zunge. Orwin stellte ebendaselbst einen Knaben vor, welcher als Säugling Stockschnupfen hatte. Jetzt hatte seine Zunge das dreifache der natürlichen Gröfse und war sehr schmerzhaft. Äufserlich wurde Argentum nitricum und innerlich Jodkali angewandt. Die

Besserung ging schnell vor sich. Angel Money hatte mehrere ähnliche Fälle im Londoner Kinderhospital gesehen.

Lichen annulatus serpiginosus (Wilson), von Colcott Fox. (*Brit. Med. Journ.* 8. Jan. 1887.) Die Krankheit wurde von E. Wilson als ein Lichen beschrieben. Sie ist charakterisiert durch eine beträchtliche Anzahl von Ringen, welche im allgemeinen am oberen Teil des Rückens und der Brust auftritt, ungefähr so wie Pityriasis versicolor. Sie beginnt mit zarten Papeln, welche von flachen erythematösen Scheiben von 1 cm Breite und mit scharfem Rande umgeben sind. Sie vergrößern sich schnell nach aufsen bis zu einer Größe von 2,5—5 cm mit breiten roten Papeln an den Rändern und gelblich braunen, schuppendem oder geschrumpftem Zentrum.

Diese Ringe können zur Gestalt grofser Gyri zusammenlaufen. Die Papeln können auch von Ringen isoliert stehen, und die Ränder können einfach erhaben und zackig sein. Die Affektion ist chronisch und verursacht Jucken; ihre Verteilung über das Sternum und den Rücken ist höchst charakteristisch. Wilson sagt, während dies die gewöhnliche Verteilung bei jungen Leuten wäre, wären bei älteren Leuten besonders die Hüften befallen und bei Frauen die Extremitäten sowohl als der Rumpf. Fox glaubt, diese Krankheit sei als eine besondere Affektion aufserhalb England noch nicht diagnostiziert oder beschrieben worden. Er hält sie für eine Art Seborrhöe, da oft gleichzeitig seborrhoische Stellen am Körper besonders auf dem behaarten Kopf dabei vorkommen. Viele Fälle zeigen mit wenig Papeln besetzte Ringe; die Eruption hat dann das kongestive ekzematoïde Aussehen, welches eine typische fettige Seborrhöe des behaarten Kopfes darbietet, wenn sie sich über die Stirn verbreitet. Die Papeln sitzen immer um die Follikel; in einigen Fällen hat F. eine charakteristische dreieckige Zone im Rücken getroffen, welche fast gänzlich mit aufgerichteten Follikeln besetzt war, und auf welcher einige wenige Maculae und ringförmige Flecke ihm allein ein Zeichen der Krankheit gaben. Er machte eine längere Untersuchung auf Parasiten mit verschiedenen Härtungsmethoden, aber er fand nur Mikrokokken.

Payne (ebenda. Jan. 22.) bemerkt, diese Krankheit sei von Willan im J. 1808 als Lichen circumscriptus abgebildet. Sie wurde auch L. circinatus, L. marginatus, L. acnéique, Ekzema flavum etc. genannt. Sie kommt oft mit Seborrhöe zusammen vor, und der Ausgangspunkt der Papeln ist eine Talgdrüse; die tiefrote Farbe hängt jedoch nicht von einfacher Hyperämie ab, sondern von Erweiterung und Verlängerung der Papillargefäfse, welche über die dünne Haut hervorragen wie bei Psoriasis. Daher verursacht schon leichtes Kratzen Hämorrhagie. P. hält das Tragen von dicken wollenen Unterkleidern, besonders Flanell, und hauptsächlich wenn Tag und Nacht dasselbe getragen wird, für die konstante Ursache dieser Krankheit. Am Londoner Hospital für Hautkrankheiten ist es als „Flanellausschlag“ bekannt. P. hat auch einen charakteristischen Parasiten gefunden.

P. Smith (ebenda. Jan. 29.) macht auf die Thatsache aufmerksam, dafs

Biett und Cazenave die Krankheit als Lichen gyratus beschrieben habe Er glaubt, es sei ein Lichen, eine lokale durch Schweifs verursachte De matitis.

Striktur der weiblichen Urethra. (Londoner geburtshilfliche G sellschaft. Jan. 12. 1887.) Hermans hat die Urethra bei 55 gesunde Frauen gemessen und fand, dafs ein englischer Katheter No. 17 in alle Fällen passierte, aufser in zwei. Bei der Durchmusterung von 29 Fälle junge Personen oder solche von mittleren Jahren, zeigte sich die Mehrza der Strikturen durch Gonorrhöe veranlafst. Einige waren durch Schanke narben entstanden, andre durch Verletzungen bei der Geburt. Einige war durch sog. Lupus der Vulva verursacht [eine Affektion von zweifelhaft Pathologie, wahrscheinlich eine chronische Entzündung oder eine Neubildun aber sicherlich nicht Lupus; Ref.]. Bei alten Frauen findet man Striktur durch allgemeine fibröse Induration der Urethra veranlafst. Schnelle Dil tation war die erfolgreichste Behandlung.

Subjektive Osmidrosis. Drei Fälle, welche für die Dermatologe von Interesse sind, werden von Foot berichtet. (*Dubl. Journ. Med. S* Jan. 1887.) Die Patienten, alles kräftige Männer, bildeten sich ein, ihr Haut gäbe eine unangenehme Ausdünstung von sich, welche sie ander unerträglich mache. Die Illusion war so stark, dafs die Patienten sich fü gesellschaftlich unmöglich hielten und darauf bestanden, durch eine Behand lung von ihrem Leiden befreit zu werden. Weder ihr Atem, ihre Au dünstungen, noch ihre Sekretionen belästigten in Wirklichkeit ihre Umg bung. Die Behandlung war natürlich nutzlos. Einer der Fälle, ein He von 30 Jahren, verlor seine Illusion nach 2 Jahren; bei dem zweiten wa sie nach 7 Jahren noch ebenso stark; der dritte wurde nur einmal gesehe Vor 5 Jahren nahm sich ein Patient in einem Londoner Krankenhause da Leben wegen eines durchaus eingebildeten Geruches, welcher von einer Beingeschwür kommen sollte.

Stockman (*Journ. Anat. and Phys.* Oktober 1886) fand im Verlauf seiner Untersuchungen, dafs, während **Kokain** $C_{16}H_{18}NO_4.CH_3$ bedeutend Herabsetzung der Empfindlichkeit in den peripheren Nerven des Frosche bewirkte, das ähnlich zusammengesetzte **Benzoyl-Ecgonin** $C_{16}H_{18}NO_4.H$ be trächtliche Reizbarkeit verursachte.

Heilung des Pemphigus durch Quecksilberoleat, von Harrison Cripps. (*Brit. Med. Journ.* 1887. Jan. 29.) Ein 57 Jahre alter Mann welcher seit einem im 14. Jahre überstandenen rheumatischen Fieber stet gesund und auch nie syphilitisch war, bemerkte 3 Monate vor seinem Ein tritt ins Krankenhaus wenige kleine Flecke an seinem Körper. Vier Mo nate später begannen sich Blasen zu bilden. Sie traten haufenweise, in grofser Zahl auf; oft entstanden sie in einer Nacht. Bei der Aufnahme war er schwach, blafs und kachektisch und in grofser Aufregung wegen der

Eruption. Mit Ausnahme des Gesichtes war fast die ganze Hautoberfläche befallen. Grofse unregelmäfsige Flecke pigmentierter Haut gingen ineinander über und waren mit verschieden grofsen erhabenen Flecken bedeckt, einige trugen Schuppen auf der Oberfläche, andre zeigten Kratzeffekte, noch andre waren roh und blutig. Blasen von Pfennig- bis Thalergröfse waren hier und da zerstreut, meistens waren sie mit Serum gefüllt, einige auch mit serösem Eiter. Es wurden kleine Dosen Arsenik gegeben, und die Haut wurde an einem Arm mit 5 %igen Quecksilberoleat eingerieben. Der eingeriebene Arm besserte sich schnell, aber der übrige Körper behielt seinen Status quo. Die Einreibung wurde daher allmählich auf die gesamte Haut ausgedehnt, mit demselben Erfolg. In 7 Wochen wurde der Pat. gänzlich geheilt entlassen. C. betrachtet das Resultat als alleinige Folge des Quecksilberoleats.

Syphilitische Krankheiten der oberen Luftwege, von Newman. (*Glasgow Med. Journ.* 1887. Febr.) Im Verlaufe einer Reihe von Vorlesungen über diesen Gegenstand detailliert N. die Methode, welche sich ihm als die beste Behandlung bei syphilitischen Erkrankungen des Halses und der Nase ergeben hat. Beim ersten Erythem empfiehlt er aufser der allgemeinen Behandlung Ruhe der Stimmorgane, Schutz vor Kälte und Besprayung der Teile mit

℞ *Jod*
Jodkali ää 1,0
Glycerin 15,0
Aqua 60,0

Kondylome müssen, wenn sie grofs sind, durch Höllenstein oder Galvanokaustik zerstört werden. Hat schon Ulceration begonnen, so mufs die Quecksilberbehandlung sehr energisch sein, und örtlich mufs Kalomel durch Einblasung oder Inhalation appliziert werden, oder es kann Sublimatlösung mit Salmiakwasser als Spray inhaliert werden. Gegen Quecksilberstomatitis findet N. häufiges Ausspülen des Mundes mit folgender Lösung sehr wirksam:

℞ *Chlorkalium*
Borax ää 1,0
Aqua 30,0

Wenn die Ulceration sich rapide ausbreitet, mufs das Geschwür kokainisiert, von Auflagerungen gereinigt und mit Liquor hydrargyri nitrici mittels eines Schwammes oder eines aufgefaserten Holzstückes geätzt werden. Für den Kehlkopf ist der Thermokauter besser. Bei Gaumenperforationen empfiehlt N. einen gut sitzenden Obturator. Dieser wirkt nicht nur als Verschlufs, sondern er bildet eine Grundlage, auf welcher die Granulationen weiterkriechen können. Sehr grofse Perforationen können auf diese Weise vollständig geheilt werden. Bei hartnäckigen Ulcerationen mufs die Oberfläche miteinem Volkmannschen Löffel gut abgeschabt werden; alsdann wird sie geätzt und durch Applikation von Borax und Honig mit Kokain wieder beruhigt. Aber die Möglichkeit der Entwickelung von Epitheliom mufs bei

allen solchen hartnäckigen Ulcerationen im Auge behalten werden. Wenn Knochennekrose eingetreten ist, warnt N. den Operateur vor einem zu frühzeitigen Versuch, den Sequester zu entfernen, bevor die Demarkation vollendet und die Arterien obliteriert sind; sonst können ernste Blutungen vorkommen. In schwierigen Fällen ist es besser, zu Ruges Operation seine Zuflucht zu nehmen. Bei tertiären Narben des Larynx zieht N. die langsame Methode von Liston (1828), Bouchut und bes. Schrötter der plötzlichen Dilatation, welche durch Mackenzie und Navratil eingeführt wurde, vor. Wenn die Verengerung hoch oben ist, so ist es von Vorteil, die Tracheotomie zu machen und den Dilatator von unten einzuführen.

Lepra. Beaven Rake (Trinidad) berichtet einige seiner Versuche, Vögel und Katzen mit Lepra zu infizieren, die aber alle negative Resultate ergaben. Er experimentierte 1. durch Skarifizierung der Haut und Applikation von Eiter, welcher von leprösen Geschwüren abgeschabt war; 2. durch Einführung von Stücken aus Lepraknoten, in denen die mikroskopische Untersuchung eine grofse Menge Bacillen nachgewiesen hatte, unter die Haut; 3. durch Vaccination mit Lymphe von Leprösen; 4. durch Fütterung der Tiere mit Knoten und vergröfserten Drüsen und mit den der Leiche entnommenen Eingeweiden. Sowohl Katzen als Vögel blieben durch die Operationen und durch die Verfütterung leprösen Materials vollkommen gesund. So konnte R. das von Neisser beschriebene lokale Wachstum des leprösen Knotens nicht finden, noch viel weniger eine Allgemeininfektion konstatieren.

Verteilung des Leprabacillus. Rake stellt das Resultat von 420 Beobachtungen zusammen, welche ohne Auswahl an 185 Leprösen gemacht wurden. Bei allen wurde eine Modifikation mit Ehrlichs Färbemethode (mit Magenta) angewandt. Bacillen wurden in 100 Schnitten gefunden, in 14 war ihr Vorhandensein zweifelhaft, in 306 wurden keine entdeckt. Von den 42 Patienten, bei welchen Bacillen gefunden wurden, hatten 41 Lepra tuberosa, bei 28 von ihnen waren die Bacillen zahlreich. Unter 92 rein anästhetisch Leprösen (60 Männer, 32 Frauen) wurden nur in 5 Fällen Bacillen gefunden. In 27 Beobachtungen des Inhalts von Vaccineblasen oder Pusteln konnten keine Bacillen gefunden werden, eine sehr wichtige Thatsache für die Beurteilung der vermuteten Übertragung der Lepra durch Impfung. In 34 Blutuntersuchungen von verschiedenen Formen konnte R. keine Bacillen finden, auch nicht während des Fiebers, welches den Ausbruch frischer Knoten begleitete. Nächst den Knoten kommen die Bacillen am reichlichsten im Kehlkopf und in den Femoralbläschen vor. Da R. niemals unzweifelhafte Exemplare in Schnitten aus der Lunge, Leber, Niere oder Milz finden konnte, so schliefst er, sie seien weniger häufig, als einige Autoren vermuteten, oder die gewöhnlichen Methoden, sie darzustellen, seien lückenhaft.

Manchester. H. G. Brooke.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Frankreich.

Pariser Korrespondenz.

Pelade (Krankheiten des behaarten Kopfes) **und die Schule.** Am 8. Februar 1887 hat Dr. Ollivier in seiner Mitteilung an die Akademie der Medizin sich bemüht, den mehr als problematischen Charakter der Fälle von Pelade zu beweisen, welche die Kontagiosität der Krankheit erklären sollten. Wie groſs nun auch die Sorgfalt ist, welche er auf den Beweis des trophoneurotischen Ursprungs der Pelade verwendet, und wie groſs man anderseits den Wert der Thatsachen schätzen mag, welche dem Tierexperiment entlehnt und geeignet sind, die Ansicht der Dermatologen von der Kontagienlehre abzuwenden, jedenfalls ist es unmöglich, die absoluten Behauptungen der alten Ärzte vom Hospital St. Louis zu unterschreiben. Daraus, daſs man über die Natur des Parasiten nicht einig ist, folgt nicht, daſs man das Kontagium überhaupt leugnen könne. Die klinischen Beobachtungen zeigen das Kontagium, und wenn nun auch auſserdem eine Reihe von Fällen bekannt ist, deren Ursache offenbar eine nervöse ist, so darf man darum die Pelade z. B. vom Standpunkt der Schulhygieine aus noch nicht als unschuldig bezeichnen. Bis auf weiteres ist man vollkommen berechtigt, den Eintritt in Klassen, wo Kinder mit Pelade behaftet sind, bis zu einer genau gestellten Diagnose zu verhindern.

La Pelade von Marcel Buchin. Buchin hat eine Arbeit mit obigem Titel zum Gegenstande seiner Inauguraldissertation gemacht. Er ist im Punkte der Prophylaxe andrer Ansicht als Dr. Ollivier. Er sagt, da der Arzt in den meisten Fällen im Anfang nicht weiſs, welcher der beiden ätiologisch verschieden Formen er sich gegenüber befindet, muſs er aus Klugheit und um die Gefahr der Übertragung möglichst zu verhindern, sein Verhalten stets so einrichten, als stehe er einer kontagiösen Krankheit gegenüber. Übrigens scheint dem Verf. die parasitäre Natur durch zahlreiche nicht zu bezweifelnde Thatsachen bewiesen, und man sieht frappante Beispiele davon bei groſsen Anhäufungen von Kindern und jungen Leuten. Er citiert alsdann mehrere von Gillette beschriebene Beispiele von Epidemien, die von Nogent, welche 400 Kinder befiel, diejenige des 122sten Linienregiments, wo eine groſse Zahl von Fällen gleich nach dem Eintritt der neuen Rekruten auftrat. Zwar hat die Inokulation stets nur negative Resultate ergeben, aber daraus darf man nicht schlieſsen, es gäbe keinen Parasiten; vielleicht boten die betr. Personen keinen geeigneten Nährboden. Schlieſslich ist es bei dem Mangel von Kulturen und positiven Impfungen wissenschaftlich unmöglich, sich für einen bestimmten Parasiten zu entscheiden. Dr. Buchin hält die Sporen von Malassez nicht für die Ursache der Pelade. Denn wie könnte man sich den Haarausfall erklären, wenn man die Sporen nicht in den Haarfollikeln auftreten läſst, sondern nur in der Mitte der Zellen des Hornlagers der Epidermis, welche physiologisch tot und unfähig sind, sich zu entzünden? Sieht man nicht bei Pityriasis versicolor, wo die Hautoberfläche mit einem dichten Pilzlager bedeckt ist,

die Haare gesund darüber hinausragen? Die Beweise, welche zu gunsten d nervösen Natur gewisser Peladen angeführt sind, sind für Buchin nic absolut beweisend. Indessen gibt er zu, dafs sich manche Fälle durch die Hypothese leichter erklären lassen, als wenn man die Gegenwart ein Parasiten annimmt. Die Bestätigung der trophoneurotischen Theorie schei experimentell geliefert zu sein. Man kann sagen, ohne sich auf eine Ve allgemeinerung einzulassen, dafs bei bestimmten Tieren, wie Joseph Berlin gezeigt hat, die Abtragung des trophischen Ganglion des 2ten C vikalnerven eine Alopecie mit Atrophie hervorruft, welche eine Anzahl d Charaktere der Pelade zeigt. Oder, wenn eine experimentelle Pelade n vösen Ursprungs existiert, so finden sich diese Bedingungen wahrscheinli manchmal spontan in der Natur verwirklicht im Gefolge funktionell Störungen oder der Degeneration trophischer Zentren oder ihrer nervös Leitungen.

Wie man nun auch sonst über die Natur der Krankheit und ih mutmafsliche Ätiologie denken mag, so befinden wir uns jedenfalls Punkte der Therapie nach Buchin noch auf den Pfaden der Empir Die stimulierenden und irritierenden Medikamente werden bis jetzt von d meisten Ärtzten bevorzugt. Bei der sehr verschiedenen Dauer der Kra heit ist es schwer, sich über den Wert eines örtlich angewandten Medik ments ein Urteil zu bilden. Der Verf. meint, man müsse zu diesem Zwec um Irrtümer zu vermeiden, denselben Patienten an verschiedenen Stell mit verschiedenen Mitteln behandeln.

Paris. Dr. H. Fournier.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Österreich.

Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1887. Heft 2.

Michelson. **Über die galvanochirurgischen Depilationsmethode** Verf. widmet einen nicht unbeträchtlichen Teil seiner Abhandlung dem z Depilation notwendigen Instrumentarium. Als die zweckmäfsigsten Nade empfiehlt er, wie schon früher mitgeteilt, die von den Uhrmachern verwe deten Reibahlen oder feine Nähnadeln (Batistnadeln). Der von M. konstr ierte Nadelhalter besteht aus einem Holzgriff, durch den der Leitungsdra geht. Der letztere teilt sich am Griffende in zwei Drähte, an deren End sich in 8 Gelenken die zum Fixieren der Nadeln befindlichen Klemmen b finden. Am Griff selbst ist die zur Öffnung und Schliefsung des Strom dienende Unnasche Federvorrichtung angebracht. Die vom Verf. empfohle Batterie ist die der Firma J. C. Schlösser in Königsberg. Sie besteht a 15 Elementen, als erregende Flüssigkeit dient Kali causticum, deren Ob fläche, um die Zersetzlichkeit an der atmosphärischen Luft zu verhinder mit Petroleum übergossen wird.

Aufserdem hat M. noch einen eignen Operationsstuhl konstruiert, dessen man jedoch entbehren kann.

Das Depilationsverfahren ist folgendes: Die zur Depilation dienende Nadel wird mit dem negativen Pol verbunden und genau in der Richtung des zu depilierenden Haares in den Follikel desselben eingestofsen. Hierbei ist zu beachten, dafs die Nadel lieber etwas zu tief (also durch den Papillenboden hindurch) als zu oberflächlich in die Papille gestofsen wird, um sicher zu sein, dafs der ganze Haarbalg der Länge nach getroffen ist. Die Dauer der Einwirkung des Stromes richtet sich je nach dessen Länge (bei 1 Milliampère Stärke ungefähr 75 Sekunden, bei 2 Milliampères nur 45—60 Sekunden). Das zerstörte Haar wird besser nicht herausgezogen, sondern sein Ausfall der Natur überlassen. Bei der Depilation hat man noch den Umstand im Auge zu behalten, dafs man nicht dicht beieinander stehende Haare in derselben Sitzung behandelt, sondern immer nur voneinander entfernter stehende.

Die Galvanokaustik zum Zwecke der Depilation verwirft M. deshalb, weil sie gegenüber der Elektrolyse keine Vorteile bietet, sowohl bezüglich des Resultates als auch der Schmerzhaftigkeit; dagegen hat sie noch den Nachteil, dafs die als Brenner dienenden Platinspitzen sich sowohl zu leicht verbiegen als auch an der atmosphärischen Luft schmelzen. Man hat es infolgedessen immer mit Reparaturen der Brennerspitzen zu thun, deren man immer eine ansehnliche Zahl vorrätig haben mufs.

Rosenthal. **Mechanische Behandlung der Hautkrankheiten.** Die vom Verf. seit einigen Jahren eingeschlagene Behandlungsweise vereinigt zwei schon längst bekannte Methoden, nämlich die Skarifikation und die Massage. R. verfährt so, dafs er in die erkrankten Partien feine zueinander parallele Schnitte in verschiedenen Richtungen macht, etwaige Blutungen durch Auflegen gewöhnlicher Verbandwatte stillt, und hierauf mit den Fingern anfangs leichte, später stärkere zentripetale (wo dies nicht angeht, zirkuläre) Bewegungen macht; diese Massage wird 5—10 Minuten lang fortgesetzt und je nach Art und Intensität der Affektion täglich (Sykosis etc.) oder in längeren Intervallen (z. B. bei beginnender Rosacea nach achttägigen Pausen) wiederholt.

Tiefe und Länge der Schnitte richten sich gleichfalls nach der Affektion und Lokalisation. (Auf der Wange z. B. empfiehlt R. Schnitte von 1 cm Länge.) Lokale Anästhesie wird vom Verf. der Schmerzhaftigkeit wegen verworfen. Nach Beendigung der Prozedur wird die behandelte Stelle gereinigt und der Pat. ohne jeden weiteren Verband entlassen. Das Äufsere entstellende Narben sind bis jetzt von R. noch nicht beobachtet worden, im Gegenteil, es soll oft sehr schwierig sein, die ehemaligen Skarifikationsstellen wieder zu finden.

Die besten Erfolge mit dieser Behandlung hat Verf. bei der Rosacea erzielt, indem durch diese Methode die erweiterten Gefäfse zur Verödung gebracht, die Hyperämie durch lokale Blutentziehung verringert, das Odem

mechanisch entfernt und die pathologischen Produkte resorbiert werde
Doch auch bei Sykosis (sowohl simplex als auch parasitaria) will Verf. he
vorragende Erfolge erzielt haben; auch bei 3 Fällen von Lupus erythem
tosus sah Verf. Heilung eintreten, während er von einer derartigen Behan
lung des Lupus vulgaris der Autoinokulation wegen Abstand nahm.

Eingangs seiner Abhandlung widmet R. dem dermato-chirurgischen I
strumentarium einige kurze Bemerkungen.

Kaposi. **Impetigo herpetiformis.** Unter diesem Namen beschrie
Hebra eine klinisch scharf begrenzte, seltene, nur bei Frauen und zwar au
schliefslich in der Schwangerschaft und im Wochenbett beobachtete Affe
tion der Haut, die bis auf einen einzigen von 13 in der Wiener Klinik b
handelten Fällen einen tödlichen Verlauf nahm. Ihr Auftreten währen
der Schwangerschaft veranlafste Neumann, ihr den Namen Herpes puerp
ralis, und da das Ganze den Eindruck eines pyämischen Prozesses macht
Herpes pyaemicus beizulegen.

Von sonst beschriebenen Fällen anerkennt K. die von Neumann, Au
pitz, Geber und Schwarz, während er die von Heitzmann und Patak
unter diesem Namen beschriebenen als solche nicht zuläfst, sondern tei
für Pemphigus, teils für Erythema multiforme vesiculosum hält.

Die Ähnlichkeit der Affektion mit Herpes und Pemphigus bewog Du
ring, sie unter seine Fälle von Dermatitis herpetiformis als Dermatitis he
petiformis pustulosa einzureihen. Aber diese Rubrizierung weist K. un
zwar mit vollem Recht zurück, wenngleich er darin wohl etwas zu we
gehen dürfte, dafs er die Existenz einer Dermatitis herpetiformis überhau
leugnet. (Ref. hatte Gelegenheit, in Unnas Klinik zwei Fälle der letztere
zu beobachten.)

Was nun die Symptome der Impetigo herpetiformis betrifft, so en
wickelt sich dieselbe mit miliaren Bläschen, deren Inhalt von Anfang a
milchig trübe, d. i. eiterhaltig ist. Nur dann darf die Diagnose de
Impetigo herpetiformis gestellt werden, wenn dieses Kardinalsymptom vo
handen ist.

Das Aufschiefsen der Pusteleruption ist mit Fieber und Schütte
frost, öfters auch mit Erbrechen verbunden und tritt, wie schon obe
angegeben, während der Schwangerschaft oder während des Puerperiums au
Ein weiteres Charakteristikum dieser Pusteln ist, dafs sie, abgesehen von ihre
primären Auftreten, stets in der gleichen Form erscheinen, dafs sie stet
Gruppen und Haufen bilden und nachschubsweise immer am Rand
eines älteren Herdes, sei es in ein- oder mehrfacher Reihe angeordnet, au
entzündlicher Basis weiterschreiten, während das Zentrum sofort eintrocknet
oder nach kurzem nässenden Stadium ohne die geringste Ulceration ode
Narbenbildung abheilt. Als Prädilektionsstellen der Impetigo herpetiformi
sind die Leistenbeugen, die Mammae, Mundschleimhaut, das Gesäfs etc. z
nennen.

Sämtliche bisher beobachtete Fälle betrafen Schwangere oder Wöchne

innen, sodafs der Name Herpes puerperalis gerechtfertigt schien; allein neuerdings hat K. den ersten Fall bei einem männlichen Individuum beobachtet, dessen ausführliche Krankengeschichte nebst Obduktionsbefund im Original wiedergegeben ist.

v. Zeissl. **Skerljevo.** Der Verf. gibt dem Leser einen ausführlichen Bericht seiner kürzlich unternommenen „Skerljevoreise." Unter dem Namen „Skerljevo", deren Synonyma Frenjak, Frenga sind, darf man sich nicht etwa eine bei uns nicht vorkommende Krankheit vorstellen, sondern es ist der Skerljevo nach den neueren Bestätigungen Zeissls nichts Andres, als was schon früher von Sigmund und andern behauptetet worden war, nämlich schwere Formen vernachlässigter Syphilis, die in Dalmatien Bosnien etc. endemisch auftritt.

Von 171 an sogen. „Skerljevo" leidenden Patienten erwiesen sich 165 als luetisch, während nur sechs an tuberkulösen und ulcerösen Prozessen erkrankt waren. Von diesen 165 Mann gehörten nur drei der kondylomatösen Periode an, während alle übrigen im gummösen Stadium standen.

Unter den Erkrankten befanden sich eine grofse Anzahl Kinder und Erwachsene, bei denen die Lues nicht acquiriert, sondern hereditär war.

Der „Skerljevo" tritt meist unter der Form eines gummösen Syphilids auf oder äufsert sich in schweren Ulcerationen namentlich des Gaumens, der Tonsillen, der Nase. Erkrankungen des Hirns, der Knochen und der Eingeweide konnten vom Verf. nicht konstatiert werden.

Diese schweren und späten Formen der Syphilis finden, nach Zs. Ansicht, eine Erklärung in dem indifferenten Verhalten der Erkrankten gegen jede ärztliche Behandlung und in den schlechten hygieinischen Verhältnissen. Nur äufserst selten wendet sich ein „Skerljevitischer" an einen Arzt, um jedoch sofort, wenn die antiluetische Kur zu wirken beginnt, wieder aus der Behandlung zu treten.

Als charakteristisch für die dortigen Verhältnisse mufs angeführt werden, dafs eine grofse Anzahl von v. Zeissl untersuchten Patienten erst durch die Gendarmerie aufgetrieben werden mufste.

Bei der Differentialdiagnose konnte nur Karcinom Rhinosklerom, Lupus und Lues in Frage kommen, doch fällt schliefslich mit Hilfe der Ausschliefsungsdiagnose die sichere Diagnose „Lues" nicht so schwer.

Hamburg. P. Taenzer.

Amerika.

Journal of cutaneous and venereal diseases. Vol. IV. No. 5.

Die Reihe der Originalarbeiten eröffnet James H. Dunn (Minneapolis) mit den Bericht über einen **Fall von interessanter Neubildung der Haut** bei einem 49jährigen Arzte. Es handelte sich um eine eigentümliche

Entwickelung von hauptsächlich im Derma gelegenen, mäfsig festen Knot
von der Gröfse einer halben Erbse bis zu derjenigen einer Haselnu
auf der rechten Brustfläche und zwar zunächst um die Brustwarze. U
letztere herum fand sich eine etwa 3 " im Durchmesser grofse Fläche, d
älteste Teil der Neubildung und aus konfluierenden, dicht gedrängten Kn
chen bestehend, durch welche die Dicke der Haut an einzelnen Punkt
bis zu 1 " und durchschnittlich auf 6—8 Linien erhöht wurde. Durch Bildu
neuer Knötchen und zunehmende Gröfse der alten, mit gleichzeitiger H
perplasie der Zwischenhaut entstanden verschieden grofse Flecke in d
Umgebung des ersteren und schliefslich grofse, unregelmäfsige, höcker
Massen, am stärksten etwas über der Brustwarze, etwas entfernter von ihr u
mehr verstreut. Aufserhalb dieser Bezirke waren noch vereinzelte, jüng
Knötchen verstreut, welche aber gleichfalls eine Neigung zu kreisförmi
Gruppierung zeigten. Nirgends Ulceration.

Die durchgehends festen und lebhaft rot gefärbten Knötchen besit
anfänglich eine fast normale Cutis, dagegen nach längerem Bestehen e
verdickte, warzige Epidermis, aus welcher anscheinend etwas Serum a
sickert und zu einer dünnen, hellrötlichgelben Kruste eintrocknet. Un
letzterer zeigen die neugebildeten Massen infolge des vermehrten Gefä
reichtums der Cutis vera eine zinnoberrote Farbe, die zwischen ihnen
gende Haut dagegen die dunkelrote Färbung der passiven Kongestion.

Die rechten Axillardrüsen leicht vergröfsert; keine melanotische P
mentation. Die Knötchen nirgends unter der Haut beweglich. Die A
breitung geschah von der Brustwarze aus nach allen Seiten. Die affizier
Stellen waren gegen Berührung nicht empfindlich, jedoch zuweilen der S
leichter, bohrender Schmerzen. Während der 7 Monate — vom Erschei
der ersten Knötchen bis zum Tode des Patienten durch Erschöpfung
entwickelte sich die Neubildung regelmäfsig weiter.

Bei der Sektion fand sich eine rechtsseitige, alte Pleuritis, nahezu
tale Zerstörung der rechten Lunge, Hypertrophie des rechten Herzens, s
Endocarditis, Erweiterung der Aorta, Muskatnufsleber, sowie in der lin
Lunge und auf deren Pleura zahlreiche, solide, weizenkorngrofse Knötch
Ein gröfserer Knoten ($1^1/_4$ " lang und $^1/_2$ " dick) und in dessen Umgebu
zahlreiche, kleinere Knötchen fanden sich in der Mitte des Mesenteriums u
waren die Ursache, dafs letzteres verkürzt und hinaufgezogen war.
Parietal-Pleura stark verdickt und das verkleinerte Kavum nahezu mit Bl
serum gefüllt. Der Querschnitt der Knötchen war homogen weifs mit gelb
Streifen, dem Zeichen fettiger Degeneration. In der rechten Lunge ke
solchen Knötchen.

Die Neubildung der Haut betraf die Papillarschicht und das tief
Corium. Die stark verlängerten Papillen ragten mit zungenförmigen Fo
sätzen, welche sich häufig in zwei oder mehr dünne Fäden teilten, du
das Rete mucosum empor. In dem Fasernetz der Papillen und besond
an deren Basis, sowie in den oberen Schichten der Pars reticularis zahlreic

ernhaltige Zellen von epithelialem Typus und mit der Neigung zur Bildung on Nestern mit Begrenzung der letzteren durch Bindegewebsstränge. In en oberen Schichten der Reticularis eine Vermehrung der fibrösen und lastischen Elemente, wodurch zweifellos die Armut der Knötchen an zelli- en Elementen zu erklären war. Die Neubildung von Zellen fand vorzugs- eise in den Papillen und den unmittelbar angrenzenden Coriumlagen statt; irgends konnte die Proliferation von Epithelzellen von der Epidermis her- eleitet werden.

Obgleich der Fall kein typisches Bild eines Epithelioms zeigte, so weifelte Verf. doch nicht an der karzinomatösen Natur der Neubildung.

Die Lage und Kleinheitder Knötchen, deren Entwickelung und Neigung ur Gruppenbildung, die geringe Teilnahme der Drüsen, die Beschränkung uf das Derma, die geringe Ausdehnung der inneren Ablagerungen und war, falls bösartiger Natur — was nicht bewiesen —, nur in Organen, elche durch die Blutzirkulation in Verbindung stehen, zusammen mit der okalisation auf einen Lungenraum, den Ort langdauernder Reizung und ortgesetzter, pathologischer Prozesse, machten diese Neubildung aufser- ewöhnlich interessant und führten zu mancherlei Fragen und Schlufsfolge- ungen, welche leider mit unsern Kenntnissen nicht beantwortet werden önnen.

Nach Verfassers Ansicht ist die Hautaffektion die sekundäre gegenüber len Knötchen der inneren Organe. Vor der mikroskopischen Untersuchung wurde die erstere für ein Sarkom gehalten, obgleich Verlauf, Entwickelung nd Aussehen derselben, sowie das Fehlen von Ulceration nur wenig zu ieser Diagnose ermunterten. Epitheliom wurde aus Rücksicht auf die lange Dauer und grofse Ausdehnung der Neubildung ohne Ulceration, sowie die o verschiedene Art des Aussehens durch Exklusion verworfen. —

Über den weiteren Inhalt des Heftes wird in nächster Nummer referiert.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Sogenannte Mykosis fungoides, von G. H. Tilden. (*Boston Med. and Surg. Journ.* S.-A.)

Pat., der sonst immer gesund war, erkrankte im 25. Lebensjahre mit roten schuppenden Flecken an den Ellbogen und Jucken daselbst. Nach 2 Jahren bildeten sich rote Knoten, von denen einer orangengrofs wurde. Die Oberfläche derselben sezernierte Serum. Die Entstehung der Tumoren aus erythematösen Flecken konnte im Hospital beobachtet werden. Schmerzen bestanden nicht, aber die Schwäche nahm zu. Durch Blutkörperchenzählung wurde mäfsige Anämie konstatiert. Der Pat. starb 3 Jahre und 8 Monate nach Beginn der Krankheit an Erschöpfung und Durchfall aufserhalb des Krankenhauses. Im Hospital waren zwei kleinere Knoten excidiert worden. Sie wurden in Müllerscher Flüssigkeit und Alkohol gehärtet. Die mikros- kopische Untersuchung gefärbter und ungefärbter Schnitte ergab, dafs man

es mit wahrem lymphoiden Gewebe im Corium zu thun hatte, also n
einem Lymphom. Nekrotische oder degenerative Vorgänge wurden nic
entdeckt. Auf Mikroorganismen wurde vergeblich gesucht; jedoch legt d
Untersucher, Dr. GANNET, auf diesen negativen Befund mit Recht kein
Wert, weil die Schnitte aus besonderen Gründen erst gefärbt waren. TILD
hält die Mikrokokken von AUSPITZ für accidentelle Befunde, während er si
über die von RINDFLEISCH beschriebenen Streptokokken noch nicht äufse
Es gibt 3 Theorien über die pathologische Natur der Krankheit: 1. wi
sie für ein Sarkom der Haut gehalten; 2. werden die Tumoren als eine V
rietät von pseudoleukämischen angesehen; 3. hält man die Tumoren für i
fektiöse Granulome, d. h. Bindegewebstumoren mit spezifischen Mikroorg
nismen. Die mikroskopische Untersuchung ergab für diesen Fall die zwei
Ansicht als die richtige.

Ein Fall von multiplem Myom der Haut, von Prof. HARDAWA
St. Louis. (*Amer. Journ. of the Med. Sc.* April. 1886.)

Ein 36jähriger kräftiger Mann erkrankte vor einem Jahre mit paroxy
menweise auftretenden Schmerzen im Rücken. Später bildeten sich do
mit normaler Haut bedeckte Knoten an der rechten Seite des Rückens, na
links nicht scharf begrenzt, aufserhalb der Paroxysmen nicht schmerzha
Die Untersuchung zeigte, dafs sie fast ganz aus glatten Muskelfasern b
standen, welche durch Hypertrophie der normalerweise in der Haut vo
kommenden entstanden waren. Man sieht daraus, dafs bestimmte Neub
dungen der Haut und des subkutanen Gewebes, welche von heftigen spo
tanen oder durch direkte Reizungen erzeugten Schmerzen begleitet sin
eine ganz verschiedene histologische Struktur haben können. Vom klinische
Standpunkte ist man daher nicht berechtigt, einen schmerzhaften Tum
oder Knoten als Neurom oder Neurofibrom zu bezeichnen seinen subjektive
Symptomen oder seinem makroskopischen Äufsern nach.

Altona. APPEL.

Personalien.

Wilhelm Hack †.

Kurz vor dem Schlusse der Nummer trifft die traurige Nachricht vo
dem raschen, frühen Tode unsers Freundes und Mitarbeiters, des Herr
Professor Dr. WILH. HACK aus Freiburg i. Br. ein. Auch unser Blatt traue
um den vielseitigen Forscher, den liebenswürdigen, warmen Freund, welche
noch vor kurzem beschlossen hatte, mit neuer Kraft sich unsrer Spezialiti
zu widmen, welcher er als Lehrer angehört und stets ein reges Interes
bewahrt hatte.

0. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden.

Von den Geschäftsführern der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, welche dahier vom 18. bis 24. September d. J. tagen wird, aufgefordert, haben Unterzeichnete es übernommen, für die

Sektion für Dermatologie und Syphilis

die vorbereitenden Schritte zu thun. Um den Sitzungen unsrer Sektion zahlreichen Besuch und gediegenen Inhalt zuzuführen, beehren wir uns, zur Teilnahme freundlichst einzuladen. Beabsichtigte Vorträge oder Demonstrationen bitten wir frühzeitig bei uns anzumelden. Die Geschäftsführer gedenken Mitte Juli allgemeine Einladungen zu versenden, und wäre es wünschenswert, schon in diesen Einladungen das Programm der Sektionssitzungen wenigstens teilweise veröffentlichen zu können.

Wiesbaden, Ende April 1887.

Dr. K. Touton, Taunusstrasse 22,
Einführender.

Dr.. A. Grossmann, Kirchgasse 2,
Schriftführer.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet:

Bericht der Kommission (Proff. Doutrelepont, Körner [als Obmann], Lewin, Neisser, Neumann und Pick) zur Vorbereitung einer Sammelforschung über Syphilis. —

Finger (Wien): a. Über Pathologie und Therapie der akuten und chronischen Urethritis. Als Einleitung zu einer Diskussion über dieses Thema.
b. Demonstration des neuen Leiterschen Elektroendoskops.
c. Demonstration mikroskopischer Präparate.

E. Lesser (Leipzig): Über Arzneiexantheme. Als Einleitung zu einer Diskussion über dieses Thema.

Neisser (Breslau): 1. Zur Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhoe.
2. Über Syphilis hereditaria tarda.

Epstein (Breslau): 1. Über Merkurexantheme.
2. Über Urethritis acuta anterior et posterior.

Harttung (Breslau): Uber Syphilisbehandlung mit Ol. ciner. benzoic.

Kopp (München): Über Lues maligna.

Pick (Prag): a. Über Radikalbehandlung der primären Syphilissymptome.
b. Über Akne.

G. Lewin (Berlin): a. Thema vorbehalten.
b. Demonstration mikroskopischer Präparate.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Doutrelepont. *Zur Therapie des Rhinoscleroms* (Deutsche mediz. Wochenschrift.)

— *Über die Bacillen bei Syphilis.* (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1887.)

Krecke. *Zur Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen* (Münchener med. Wochenschrift. 1887. No. 6.)

Schwimmer. *Tuberkulose der Haut und Schleimhäute.* (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1887.)

Hyde. *Note relative to the bullous eruption occuring after ingestion of the Jodide of Potassium.* (Journal of Cutaneous and Venereal Diseases Vol. IV. December 1886.)

Brooke. *The treatement of Lupus.* (The provincial Medical Journal 1886 December 1. 1887. Januar 1.)

Herxheimer. *Ein neues Färbungsverfahren für die elastischen Fasern der Haut.* (Fortschritte der Medizin. 1886. No. 24.)

Fränkel u. Franke. *Über den Xerosebacillus und seine ätiologische Bedeutung.* (Knapp-Schweigers Archiv XVII.)

Klotz. *Clinical Observations on Endoscopy of the Male Urethra.* (New York Medical Journal. November 27. 1886.)

Schulz u. Strübing. *Die Behandlung der Chlorosis mit Schwefel.* (Deutsche medic. Wochenschrift.)

Giovannini. *J Microparasiti della Blenorragia uretrale dell' uomo.* (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Fasc. IV. Nov. Dec. 1886.)

Bidenkap. *An abstract of lectures on Lepra.*

Lewinski. *Lymphangiome der Haut mit verkalktem Inhalt.* (Virchow Archiv. 1883.)

Wittelshöfer. *Über Vorkommen, Bedeutung und Behandlung der Phimose bei Kindern.* (Wr. med. Wochenschrift. 1887. No. 6 u. 7.)

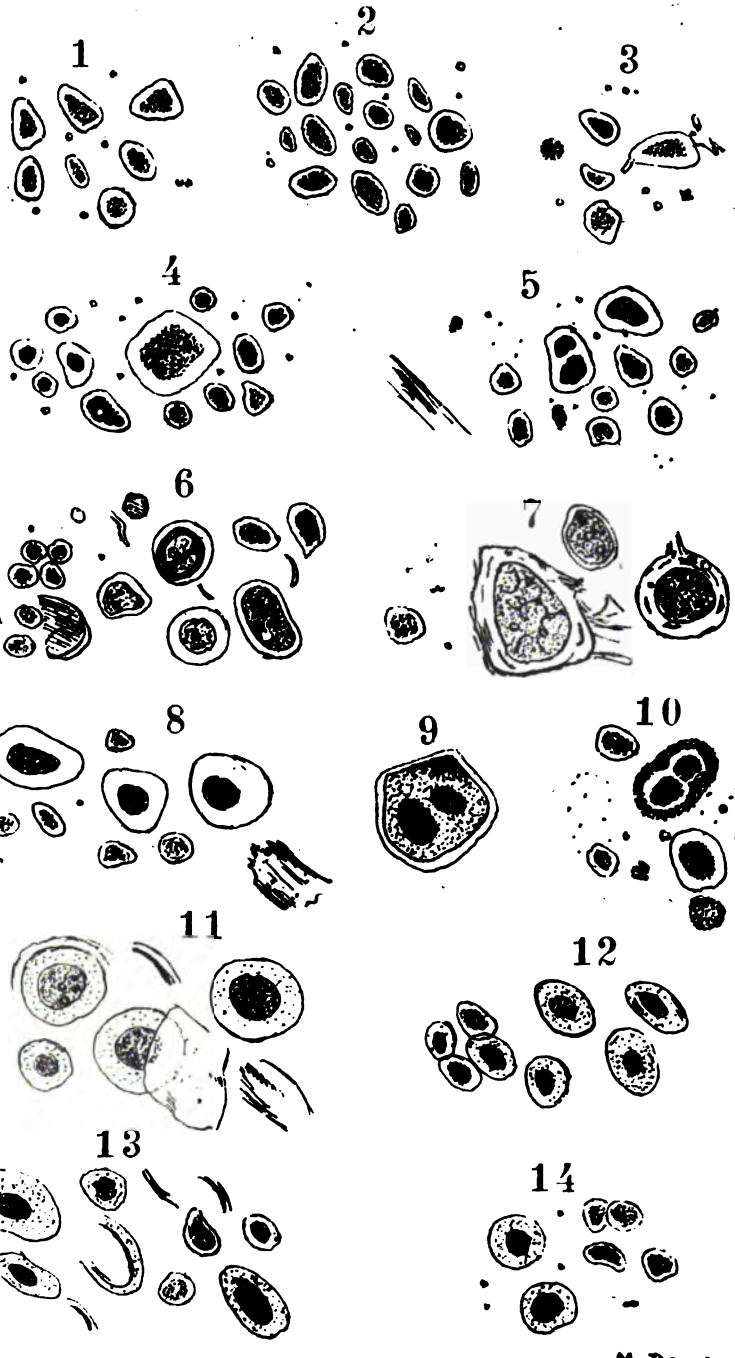
Welander. *Om behandling af syfilis med. Kalomelinjektioner.* (Hygiea 1887.)

Griesbach. *Weitere Untersuchungen über Azofarbstoffe behufs Tinktion menschlicher und thierischer Gewebe.* (Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik. Bd. IV. 1886. pag. 358—385.)

Druckfehlerberichtigung.

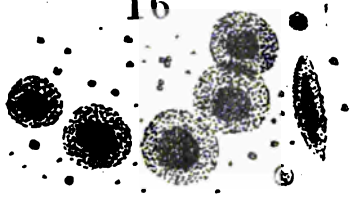
No. 8. S. 382. Z. 5 v. o. lies Comminutiv statt Comminativ.
„ „ „ 383. Z. 18 v. u. lies Vermittelung statt Verwickelung.
„ „ „ 384. Z. 19 v. o. lies Papillen-Atrophie statt Pupillenatrophie

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
M. Rieck.

15

16



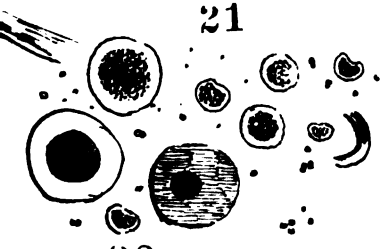
17

18

19

20

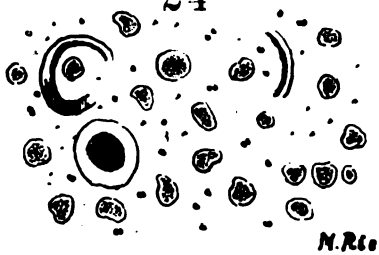
21



22

23

24



M. Rieck.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 11. 1. Juni 1887.

Aus Dr. O. Rosenthals Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Berlin.

Beiträge zu den Primäraffekten der Syphilis.

Von

Dr. J. Margoniner.

In der Poliklinik des Herrn Dr. O. Rosenthal gelangten in letzterer Zeit zwei Fälle von Lues zur Beobachtung, welche in bezug auf ihren Primäraffekt einige bemerkenswerte Eigentümlichkeiten darboten, so dafs deren Mitteilung gröfseres Interesse beanspruchen dürfte. Bei dem ersten derselben handelte es sich um eine seltene Form des Initialaffektes der Oberlippe; dieselbe scheint für die Lehre der Syphilis überhaupt nicht ohne Wert zu sein.

1. Frl. A. B., Gesellschafterin, stellte sich im Nov. 1886 auf der Poliklinik vor und klagte über eine seit ungefähr vier Wochen bestehende Anschwellung und Schorfbildung der Oberlippe, die nach einem Kufs entstanden sein sollte. Da sie in Erfahrung gebracht hatte, dafs der betreffende Herr, der sie zur Zeit geküfst hatte, krank sei, so hegte sie selber die Befürchtung, in irgend einer Weise angesteckt zu sein. In ihrer Jugend war sie skrofulös gewesen und hatte angeblich aus dieser Zeit mehrfache Drüsenschwellungen am Halse zurückbehalten. Seitdem will sie an keiner anderweitigen Krankheit gelitten haben.

Pat., 21 Jahre alt, ist gut genährt, mäfsig kräftig, sieht aber ziemlich anämisch aus. Auf der Schleimhaut der Oberlippe bemerkt man fast genau in der Mitte eine über kirschkerngrofse deutliche Hervorragung, die zum Teil mit einer kleinen bräunlichen Borke bedeckt ist. Nach Entfernung derselben tritt eine

erodierte, leicht prominierende Fläche zutage. In seinem übrig
Teile zeigt der kleine Tumor auf seiner Oberfläche mehrere g
sonderte, dicht nebeneinander stehende silbergraue Verfärbunge
Von der Umgebung hebt sich derselbe scharf und prägnant a
erweist sich aber bei der Palpation auffallenderweise als vollko
men weich. In der rechten regio submaxillaris, dicht am angul
mandibulae, springt eine pflaumengroſse Drüse von derber Ko
sistenz hervor; weiter abwärts entdeckt man an derselben Sei
eine zweite kleinere Drüse, und auch links sind mehrere seitlic
Cervikaldrüsen deutlich fühlbar. Ordination: Nach Unterweisu
der Patientin, der ungestörten Beobachtuug wegen, Borvaseli
örtlich.

Acht Tage später erscheint Pat. wieder und zeigt jetzt
den oberen Extremitäten, den Schultern, dem Abdomen und a
beiden Hüften eine ziemlich beträchtliche Anzahl charakteris
scher Makeln. Die Drüse am rechten angulus mandibulae
noch stärker geschwollen; im Halse besteht Rötung beider Gaume
bögen und der Tonsillen, sowie auf der rechten mehrere gra
Plaqȩs; Pharyngitis chronica. Die Genitaluntersuchung ergi
ein absolut negatives Resultat. Wenngleich das Hymen perforie
ist, so ist doch die Schleimhaut überall intakt und nirgends ei
der Lues verdächtige Stelle zu finden. Inguinaldrüsen sin
nicht geschwollen. Diagnose: Recente Syphilis mit Prim
affekt an der Oberlippe in Form einer erodierten elevierten Pap
Ordination: Gegen die Drüsenschwellungen lokale Einreibung v
Ung. ciner.; innerlich Hydrarg. jodat. flav. 0,02 pro dosi, in Pille
form, 2mal tgl. 1 Pille, in steigender Dosis.

Nachdem im weiteren Verlauf sich noch vereinzelte Pape
in der linken Kniekehle, sowie eine geringfügige Gingivitis ei
gestellt hatten, fingen die Erscheinungen unter dieser Behandlu
zu schwinden an, so daſs schon nach 14 Tagen folgender Stat
aufgenommen werden konnte: An der Oberlippe besteht noch ei
kleine, über linsengroſse, das Niveau der umgebenden Schleimha
überragende Partie, die weder selbst noch deren Basis, zwische
zwei Fingern gefaſst, die geringste Resistenz erkennen lassen; d
Mitte derselben ist leicht narbig vertieft. Die Drüse in der Näh
des rechten Unterkiefers ist beträchtlich kleiner geworden, eben

die übrigen Cervikaldrüsen. Die Roseola ist fast geschwunden. Nach weiterer 14tägiger Behandlung, während welcher die Pat. insgesamt 90 Pillen H. j. fl. genommen hatte, hatten sich auch die Papeln am Knie, mit Hinterlassung stippchenförmiger Pigmentflecke und alle übrigen Erscheinungen zurückgebildet. Nur die Drüsen am Halse blieben, trotzdem noch Wochen hindurch Jodkali verordnet wurde, deutlich fühlbar.

Als sich die Patientin zum erstenmal vorstellte, war der Eindruck, den jene Hervorwölbung an der Oberlippe, im Verein mit der nahe gelegenen prominenten Drüse bei der Inspektion hervorrief, ein so charakteristischer, dafs man unwillkürlich zu der Annahme gelangte, dafs jener Tumor eine syphilitische Primäraffektion darstelle und dafs derselbe sich bei der Palpation als eine Sklerose erweisen müfste. Um so gröfser war daher das Erstaunen, als die Anschwellung keine Spur von Härte erkennen liefs, ja als selbst jene geringsten Grade, die unter dem Namen der Pergamentinduration beschrieben sind, nicht nachzuweisen waren. Wenngleich dies wichtige Moment fehlte und wenngleich sich anamnestisch herausstellte, dafs die Patientin schon von Kindheit an an skrofulösen Drüsenschwellungen gelitten hatte, so wurde trotzdem aus dem eigentümlich typischen Bilde heraus von Herrn Dr. Rosenthal die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Syphilis mit Primäraffekt an der Oberlippe“ gestellt und infolge dessen der Patientin die zweckentsprechenden Verhaltungsmafsregeln gegeben.

Der weitere Verlauf bewies, dafs die Diagnose Syphilis richtig war; es fragt sich nur, ob man in jener Erosion an der Oberlippe auch wirklich die Primäraffektion zu suchen hatte. Die einen durchaus zuverlässigen Eindruck machenden Aussagen der Patientin, die jede andre verdächtige Berührung als die der Lippen auf das entschiedenste leugnete, wurde zuvörderst durch die Genitaluntersuchung, die einen absolut negativen Befund ergab, unterstützt. Weder an den Prädilektionsstellen, den grofsen und kleinen Labien, noch im Vestibulum und in der Vagina, noch auch an der Portio, die ja auch in seltenen Fällen den Sitz des Primäraffekts bilden kann, konnte irgend eine verdächtige Stelle aufgefunden werden.

Ein zweites wichtiges Moment, welches dafür spricht, dafs jene Affektion der Oberlippe den locus infectionis darstellte, war

der weitere Verlauf der Krankheit. Waren zuerst aufser der e
wähnten Erosion und der begleitenden Drüsenschwellungen kei
sonstigen Erscheinungen nachweisbar, so konnte schon acht Ta
später, also insgesamt 5 Wochen nach der vermeintlichen Infe
tion, ein makulös-papulöses Exanthem, sowie eine spezifische A
gina mit plaques muqueuses konstatiert werden.

Hierzu kommt ferner ein andres positives Symptom, welch
für die Diagnose des Primäraffekts geltend gemacht werden kan
die multiple indolente Drüsenschwellung. Dieselbe geht gewöh
lich in einer ganz bestimmten Reihenfolge vor sich. Zuerst u
am stärksten schwellen die dem locus invasionis zunächst gele
nen Drüsen, erst später die entfernter liegenden, die selten d
Gröfse der ersteren erreichen, an. Dementsprechend war au
in dem vorliegenden Falle, genau wie bei der gewöhnlich
Sklerose der Lippen, die charakteristische Drüse am angul
mandibulae, am intensivsten geschwollen; die benachbarten Ha
rüsen waren vergröfsert, die Inguinaldrüsen, die entferntest liege
den, zeigten keine Volumenszunahme. Die Indolenz derselbe
sowie ihre schnelle Zurückbildung unter einer antisyphilitisch
Behandlung bewiesen aufserdem ihre syphilitische Natur.

So waren alle Merkmale eines Initialaffekts vorhanden, n
Ausnahme der Induration, und in diesem Punkte liegt d
Wichtigkeit, welche obigem Krankheitsfalle beigelegt werden mu

Schon den ältesten Autoren war das Merkmal bekannt, w
ches bei den Primäraffekten der Lues am meisten in die Aug
springt, nämlich die Härte. Anderseits konnte es aber der Beo
achtung nicht entgehen, dafs auch öfters nicht indurierten Prim
affekten ein Ausbruch allgemeiner Lues folgt. So entstand d
Streit, ob die Induration das pathognostische Symptom der Initia
manifestation sei oder nicht.

Es sei mir gestattet, mit Umgehung der älteren Litterat
nur die Ansicht einiger neuerer Autoren über diesen Punkt z
erwähnen.

Nach Ricord ruft nur derjenige Schanker, welcher auf harte
Basis aufsitzt, allgemeine Syphilis hervor. Zeissl[1] unterscheide

[1] Zeissl, *Lehrbuch der Syphilis etc.* 1882. pag. 285.

rei Formen von Primäraffekten: 1. das — oberflächliche (Erosion) der tiefergreifende — Geschwür mit harten Rändern und harter Basis, 2. einen harten Knoten, welcher im weiteren Verlauf durch egressive Metamorphose zerfällt, 3. einen harten Knoten ohne olgenden Zerfall. Das wichtigste Kriterium ist hierbei die eigenümliche, knorpelartige Härte, indem die Weichheit des Infektionserdes ein spezielles Charakteristikum für einen vollständig verchiedenen Krankheitsprozefs abgibt.

Lang[2] spricht bei der Beschreibung der Initialmanifestation er Lues von den Infiltraten, welche entweder als Sklerosen eine eutlich tastbare Härte besitzen, oder als primäre Papel auftreten, ie nur im Beginn sich härter anfühlt, wenn auch da nicht so art wie die Sklerose, und dann die Neigung hat, im weiteren Verlauf zu erweichen.

Von den neueren französischen Autoren spricht sich Mauriac[3] olgendermafsen aus:

„L' induration est un des attributs les plus importants, les lus constants du chancre syphilitique. Elle ne manque jamais, un moment ou à un autre, et à un degré quelconque, dans la ésion syphilitique primitive," und weiter: „Les formes qu'elle evêt doivent être étudiées avec soin. Quelques fois ce n'est u'une simple lamelle très-mince, foliacée, parcheminée, mais ependant de consistance resistante et d'une élasticité de caoutchouc, tc.; d'autre fois elle constitue un disque plus épaix, cartilagineux t chondroide, etc.; et d'autre fois, elle se condense en une tumeur lus au moins regulièrement arrondie." An einer andren Stelle[4], ie Lippenschanker beschreibt, sagt M.:

„Tous les types de chancres infectants peuvent s'observer ur les lèvres. J'y ai vu des chancres nains de 1 centimètre rès superficiels, épithéliaux ou érosifs, semblables à ne plaque herpétique, à peine indurés et dont le diagnostic eût été impossible, sans l' adénopathie spécifique ousmaxillaire."

[2] Lang, *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.* ag. 84—86.
[3] Mauriac, *Leçons sur les maladies vénériennes.* Paris 1883. pag. 305
[4] Ebenda. pag. 326.

Von besonderem Wert scheint mir aber in dieser Bezi
hung die Arbeit von FINGER[5] zu sein. Derselbe wirft folgen
Fragen auf:

a. ist die Induration bei den Primäraffekten immer zu finde
b. ist sie nur bei denselben zu finden?

Seine Untersuchungen über die Verteilung der Blutgefäfse a
männlichen Genitale[6] unterstützen die Ansicht von AUSPITZ u
UNNA[7], dafs die Form der Sklerose von der Verteilung der Blu
gefäfse in der Haut abhängt, und geben die Erklärung, waru
die syphilitischen Primäraffekte am sulcus coronarius und d
corona glandis für gewöhnlich knorpelhart sind, während sie a
Mittelstück der glans pergamentartig sind, ja hier gerade die von syph
litischen Allgemeinzuständen gefolgten weichen Geschwüre sitze

Anderseits ist es bekannt, dafs die Induration nicht de
Primäraffekt allein zukommt. Bei Unreinlichkeit, bei der Behan
lung mit Causticis[8] indurieren auch sekundäre Affektionen, ja sog
solche, welche mit Syphilis gar nichts zu thun haben, wie Imp
stellen und Zirkumzisionswunden.

Mithin kommt FINGER zu dem Schlufs, dafs ein Infiltrat od
Geschwür, welches von syphilitischen Consecutivis gefolgt is
sicher als Initialaffekt aufzufassen ist. Die Induration ist dah
kein spezifisches Symptom der Initialmanifestation; das Fehl
der Härte erlaubt also keinesfalls die Diagnose „syphilitisch
Initialeffekt" auszuschliefsen.

Mit Bezug auf extragenitale Primäraffekte erwähnt FINGE
aber auffallenderweise, dafs es Stellen gibt, wo jedes Geschwü
induriert, so z. B. die Mundlippen bei beiden Geschlechtern.

Durch einwandsfreie Beobachtungen ist es aber als feststehen
anzusehen, dafs an den Genitalien, besonders an den weiblichen

---

[5] FINGER, Diagnose der syphilitischen Initialsklerose und der lokale
kontagiösen Helkose. *Vierteljahresschrift für Dermatologie.* 1885. pag. 24
Monatsh. f. pr. Dermat. 1886. pag. 327.

[6] FINGER, Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitales. *Viert*
jahresschr. f. Dermat. 1885. pag. 89. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 188
pag. 137.

[7] AUSPITZ u. UNNA, Anatomie der syphilitischen Initialsklerose. *Viert*
jahresschr. f. Dermatol. 1877. pag. 161.

[8] TARNOWSKY, Reizung und Syphilis. *Vierteljahresschr. f. Dermato*
1877. pag. 19. — NEUMANN, *Allg. Wiener med. Zeitung.* 1885. pag. 27. 28. 2

die einfache Papel als der den locus invasionis bildende Primäraffekt auftreten kann. In der grofsen Zahl von Veröffentlichungen syphilitischer Initialaffekte extra genitalia war es mir nun, soweit mir die Litteratur zugänglich war, mit Ausnahme obiger Ausführungen Mauriacs nicht möglich, einen Fall aufzufinden, bei dem nicht von Sklerose oder von Induration die Rede ist. In einer Zusammenstellung von Mracek[9] finden sich unter 80 Fällen 15 an den Lippen; bei letzteren ist 12 mal die Bezeichnung „Sklerose", 3 mal nichts Genaueres angegeben. Eine andre durch Mannigfaltigkeit kasuistischer Fälle ausgezeichnete Zusammenstellung von Baum[10] ergibt 17 Fälle von extragenitaler Initialmanifestation, deren charakteristisches Merkmal meist eine Sklerose, zum mindesten aber „eine resistente Basis" bildet.

Wenngleich somit auch an den extragenitalen Primäraffekten die Induration die alleinige Regel bildet, so wird doch durch den hier vorliegenden Fall der Beweis geliefert, dafs auch an den Lippen die Sklerose ausnahmsweise vollkommen fehlen kann, und dafs auch hier wie an den Genitalien eine elevierte Papel die Primäraffektion bilden kann.

2. Der zweite Fall, der einige Zeit vorher zur Behandlung kam, betraf einen 49jährigen Goldschmied. Derselbe hatte bereits wegen einer seit ungefähr vier Wochen bestehenden beträchtlichen Drüsenschwellung am Halse Jodkali in ziemlich grofsen Dosen genommen. Da indessen diese Erscheinung nicht schwand, sondern sich noch Hals- und Kopfschmerzen hinzugesellten, sowie ein Ausschlag am Körper sichtbar wurde, so suchte er die Hilfe der Poliklinik auf.

Pat. will nie krank gewesen sein und weifs eine Ursache für sein jetziges Leiden nicht anzugeben; im besonderen will er nie an Syphilis gelitten haben und leugnet er auf das entschiedenste — er ist verheiratet —, jeden aufserehelichen Coitus. Pat. sieht sehr elend aus; das Fettpolster ist gering, die Gesichtsfarbe schmutzig fahl. An der linken Seite des Halses zeigte sich eine

[9] Mracek, Die syphilitische Primäraffektion aufserhalb der Genitalsphäre. *Wiener med. Presse.* XXI. 1—5.

[10] Baum, Kenntnis der extragenitalen Initialsklerosen. *Vierteljahresschrift f. Dermatol.* 1885. pag. 97. *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1886. pag. 375.

fast faustgroſse Anschwellung einer Cervikaldrüse, sowie eine Vergrößerung der Submaxillardrüsen. Am Stamm waren zahlreiche Akneknötchen, die auf Jodintoxikation zurückgeführt wurden, vorhanden. Auf dem Penis und am Skrotum fanden sich viele nässende Papeln. Im Munde bemerkte man am harten Gaumen, links von der Mittellinie und nicht weit von proc. alveolaris entfernt eine Zehnpfennigstück groſse, bereits in der Vernarbung begriffene Ulceration, welche zum Teil einen speckigen Belag zeigte. Die Ränder derselben waren induriert und hoben sich von der umgebenden Schleimhaut scharf ab.

Zu diesem Befunde gesellten sich in den nächsten Tagen nässende Papeln ad anum, ein impetiginöses Exanthem auf dem Kopfe, sowie ein papulöses Syphilid auf Nacken, Rücken, Gesicht und Händen. Die eingeschlagene Behandlung mittels Sublimatinjektionen muſste einer Stomatitis wegen aufgegeben werden; dafür wurde ferr. jodat., später Hydrarg. jodat. flav. verabreicht. Vier Wochen nach Beendigung dieser Kur trat ein Recidiv mit Plaques auf beiden Tonsillen auf, gegen das Hydrarg. oxydul. tannic. und örtliche Touchierungen mit Arg. nitric. verordnet wurden. Nach einer Gesamtbehandlung von vier Monaten wurde Pat. entlassen.

Wir hatten es hier, wie aus der kurzen Krankengeschichte hervorgeht, mit einem sehr hartnäckigen Falle von Lues zu thun.

Beim Suchen nach dem Primäraffekt lieſs sich weder eine Ulceration an den Genitalien, noch eine Schwellung der Inguinaldrüsen nachweisen. Pat. stellte, wie schon oben angegeben ist, jede auſsereheliche Kohabitation mit Entschiedenheit in Abrede; die genaue Untersuchung der Frau desselben ergab ein absolut negatives Resultat. Dagegen wies die starke Drüsenschwellung auf der linken Seite des Halses wieder auf den Kopf hin und wurde hier dann in der Nachbarschaft jene beschriebene Ulceration am Gaumen entdeckt, welche alle charakteristischen Merkmale der Primäraffektion: speckig belegte Ulceration mit mäſsiger Absonderung und Induration der Ränder, darbot.

Es stellte sich dann heraus, daſs Patient mit einem Kollegen zusammen ein Lötrohr benutzt hatte, und daſs dieser syphilitisch war. Pat. erinnerte sich auch genau, sich mit diesem Instrument am Gaumen verletzt zu haben.

Es unterliegt keinem Zweifel, dafs diese Darstellung des In-
onsmodus dem wahren Sachverhalt entspricht. Solche Fälle
elbarer Übertragung der Syphilis sind schon öfter beschrie-
worden, so durch Gabeln, Messer, Pfeifen etc.; auch ärztliche
rumente können derartige Überimpfungen von Syphilis ver-
chen, wie mehrere erst jüngst veröffentlichte Fälle von Über-
ung der Syphilis durch den Tubenkatheter beweisen. Am meis-
ähnelt jedoch der vorliegende Fall der in Frankreich und
land beobachteten Syphilis verrière, Syphilis der Glasbläser,
he zuerst von ROLLET im Jahre 1859 und später von andern
AY, GUINAND, BERNARD, BESNIER etc.) gesehen und genau be-
ieben worden ist. Da beim Blasen der Flaschen drei Arbeiter ge-
nschaftlich ein Blasrohr benutzen, so ist die Ansteckung sehr leicht.
genannten französischen Autoren beobachteten unter den Arbei-
und deren Familien vollständige Endemien von Lues und sahen
daher, da die Abschaffung des gemeinschaftlichen Blasrohres
t zu ermöglichen war, zu der schärfsten Überwachung der Ar-
r, namentlich der neu eintretenden, veranlafst. In diesen
en safsen die Primäraffektionen an der Lippe, der Zunge und
Mandeln; am harten Gaumen sind keine gesehen worden.

Auch in unserm Falle ist die Verletzung mit dem Lötrohr
erlich eine zufällige gewesen, sonst würden derartige Fälle
n öfter beschrieben worden sein. Sicherlich aber gibt der-
e einen deutlichen Fingerzeig mehr, an welchen Stellen im
benen Falle bei Leuten, die mit dem Lötrohr zu thun haben,
dem Primäraffekt gesucht werden mufs.

Zum Schlufs ist es mir noch eine angenehme Pflicht, Herrn
ROSENTHAL für die freundliche Überlassung der Fälle, sowie
seine liebenswürdige Unterstützung auch an dieser Stelle meinen
k auszusprechen.

Über Seifengeist.

Von

P. G. Unna und W. H. Mielck.

Zu den Heilmitteln der deutschen Pharmakopöe (edit. II.), welche offenbar ohne Beihilfe eines Dermatologen von Fach mit einer neuen Vorschrift versehen sind, gehört der Spiritus saponatus. Gegenüber der Vorschrift der ersten Ausgabe:

Sapon. oleacei	100
Spiritus	300
Aquae	200

nach welcher eine fast reine Natronseife in stark verdünntem Spiritus gelöst wird, verlangt dieselbe als Grundlage des Seifenspiritus eine Kaliseife:

Ol. olivar.	60
Liq. Kali caust.	70
Spiritus	300
Aquae	170

ohne an der Stärke, der Konzentration des Seifengeistes zu rütteln. Denn die neue Vorschrift ist nach Maßgabe der alten berechnet und dann abgerundet worden.

Der Ersatz der Natron- durch eine Kaliseife ist gewiß als eine zweckmäßige Verbesserung zu bezeichnen. Es ist damit nur den seit langer Zeit bekannten und besonders durch F. Hebras Empfehlung der Schmierseife zur Geltung gekommenen Vorzügen der Kaliseifen vor den Natronseifen überhaupt — wo eine stärkere Einwirkung auf die Haut beabsichtigt wird — gleichsam endlich die staatliche Anerkennung gegeben. Aber eine andre Frage ist es, ob die gewählte Form der neuen Vorschrift auch dem in dieser Richtung beabsichtigten Fortschritte wirklich entspricht und diese Frage müssen wir entschieden verneinen.

Zur Zeit der ersten deutschen Pharmakopöe war kein Dermatologe im Zweifel, daß er zu therapeutischen Zwecken unter allen Umständen den Hebraschen Kaliseifengeist dem Natronseifengeist der Pharmakopöe vorzuziehen habe, und der letztere wurde gewiß deshalb seltener verschrieben als die Autoren der

rsten deutschen Pharmakopöe es sich gedacht haben mochten. Als nun die Vorschrift der zweiten Pharmakopöe erschien und man glauben konnte, von nun an statt eines offiziellen Scheinseifengeistes und eines allerdings nichtoffiziellen aber wahren, wirksamen Seifengeistes daneben nur noch eine einzige, ausreichende Vorschrift zu einem brauchbaren Seifengeist zu besitzen, fand man sich bald getäuscht. Schon der Laie merkte bald, dafs er mit diesem neuen Kaliseifengeist kaum seine stark beschmutzten Hände reinigen konnte, was mit dem Hebraschen so gut von statten geht.

An die Fersen des beabsichtigten Forschrittes hatten sich oben drei Rückschritte geheftet, welche jenen illusorisch machten.

Zunächst hätte man von der vorzüglichen Hebraschen Vorschrift des Spiritus saponatus kalinus lernen sollen, dafs die Konzentration des Seifengeistes eine erheblich gröfsere sein mufs, als sie die erste Pharmakopöe verlangte. Diese setzte das Verhältnis von Seife zur Flüssigkeit fest wie 1 : 6. Die hamburger Pharmakopöe von 1852 — wie viele ältere Pharmakopöen — die Proportion 1 : 5.

Sapon. oleacei	100
Spir. vini rectificat.	300
Aq. rosarum	100

Der Hebrasche Seifengeist schreibt aber bekanntlich eine Proportion von 2 : 3 vor. Die betreffende Stelle in Hebras Lehrbuch (erste Auflage, 1860, pag. 299) lautet:

„Um den unangenehmen Geruch, welchen jede Schmierseife besitzt, zu entfernen, kann man dieselbe, u. z. in dem Verhältnisse von zwei Teilen Schmierseife und einem Teile Alkohol in letzterem auflösen, diese Lösung filtrieren und abstehen lassen und dann mit einem beliebigen wohlriechenden Spiritus, z. B. Spirit. lavandul., parfümieren."

Der Hebrasche, wirksame Seifengeist ist also zunächst etwa viermal so stark wie der offizinelle, relativ sehr unwirksame.

Sodann ist derselbe erheblich wasserärmer, wie aus einer Vergleichung der Vorschriften hervorgeht, und der Ersatz des Wassers durch (möglichst wasserfreien) Spiritus trägt ebenfalls

dazu bei, das Eindringen des Seifengeistes in die Hornschicht, die Wirksamkeit desselben zu erhöhen.

In dritter Linie ist der HEBRAsche Seifengeist, wie seine Muttersubstanz, die Schmierseife, eine stark alkalische Substanz und als solche sehr geeignet, die Hornschicht zu durchdringen, dieselbe zu erweichen und für die Aufnahme andrer Medikamente vorzubereiten. Bei der Vorschrift der zweiten Pharmakopöe ist hingegen das Bestreben ersichtlich, eine möglichst neutrale Ölseife zu erzielen. Die Autoren derselben hätten sich doch klar machen sollen, dafs die Idee eines Seifengeistes an sich eine milde Wirkung ausschliefst. Wer anstatt einer neutralen Natronkernseife einen Seifengeist therapeutisch[1] anzuwenden beschliefst, wünscht eben eine möglichst starke Seifenwirkung herbeizuführen und wird, wenn die Indikation überhaupt richtig gestellt war, vor der Alkaleszenz des Präparates sowenig zurückschrecken wie vor der starken Konzentration des benutzten Spiritus; er wird im Gegenteile diese Vorteile zu benutzen wissen. Die Vorschrift der zweiten Pharmakopöe mag daher wohl die Augen eines Theoretikers erfreuen, in der Praxis hält sie mit der einfachen alten Vorschrift von HEBRA ebensowenig einen Vergleich aus wie die der ersten Pharmakopöe.

Diese Gründe haben uns bestimmt, auch nach dem Erscheinen der zweiten Pharmakopöe unentwegt an dem einmal für richtig befundenen, von HEBRA eingeschlagenen, bewährten Darstellungsmodus festzuhalten und als „Seifengeist" ausschliefslich den nach folgendem Rezepte dargestellten in Anwendung zu bringen:

Sapon. viridis	100
Spirit. 95%	
vel *Alcohol. absoluti*	50
Ol. lavandul.	1/8

eine Vorschrift, die wir zugleich eindringlich zur Einführug in die dritte Auflage der deutschen Pharmakopöe und zwar nicht neben der bisherigen Vorschrift, sondern als die ausschliefsliche empfehlen möchten.

Wir glauben diese Empfehlung noch durch einen weiteren Umstand begründen zu sollen. Der „Seifengeist" nach dieser,

[1] d. h. nicht zur blofsen Reinigung.

Hebraschen Angabe angefertigt, besitzt nämlich noch die r wertvolle — bisher, wie es scheint, unbekannt gebliebene — enschaft, ein vorzügliches Lösungsmittel für eine Reihe erenter Stoffe zu sein, unter denen sich besonders auch mehrere, tzutage häufiger gebrauchte Vehikel und Lösungsmittel ge- ser Medikamente befinden.

Der Seifengeist löst nämlich von

Chloroform,
Ol. terebinthinae,
Pix liquida,
Äther petrolei,
Benzin,
Äther

zu gleichen Gewichtsteilen auf oder sogar noch mehr. Von

Carboneum sulfuratum

Fünftel des Gewichtes bei gewöhnlicher Temperatur, etwa zwei nftel bei Körperwärme.

Diese Eigenschaft besitzen die nach den Vorschriften beider rmakopöen hergestellten Spiritus saponati nicht.

Gewifs ist es aber von hohem Werte für die Dermatotherapie, man Stoffe und Medikamente, welche in Chloroform, Äther, roleumäther und Terpentinöl löslich sind, wenn sie sich in alischer Lösung halten, bis zu einem gewissen Grade auch tels desselben in dem Seifengeist zu lösen vermag.

In dieser Hinsicht zeigt unser „Seifengeist“ eine gewisse nlichkeit mit den ricinosulfoleinsauren Alkalien (neuerdings er dem Namen Polysolve patentiert), dem Türkischrotöl der rber und andern, mehr oder weniger unreinen Sulfosalzen der äure, welche teils wegen ihres ausgedehnten Lösungsvermögens, s wegen ihrer Seifennatur ebenfalls gewifs die Beachtung der rmatologen verdienen.

Je weniger die Pharmakopöekommission geneigt sein wird, se Sulfoleinsalze, über welche Erfahrungen noch erst zu sammeln l, bereits unter die vielen neueren Vehikel für äufsere Medi- nente einzureihen, um so mehr wird sie es zu schätzen wissen, n sie durch definitive Verbesserung einer bisher stets unge-

nügenden Vorschrift zugleich ein Mittel von annähernd gleich universellem Lösungsvermögen der nächsten Auflage der Pharmakopöe zu gewinnen vermag.

Mitteilungen über Lepra.

Nach in Brasilien gemachten Beobachtungen.

Von

Dr. Adolph Lutz

in Limeira (Brasilien).

(Fortsetzung aus No. 9.)

Heredität, Ansteckung. Wie in der morphologischen Erscheinung der Mikroorganismus der Lepra demjenigen der Tuberkulose als zunächst verwandt erscheint, so schliefsen sich auch diese Krankheiten in Heredität und Ansteckungsverhältnissen näher aneinander, wie an andre chronische Infektionen, z. B. Syphilis. Bei beiden Krankheiten läfst sich eine gewisse Häufung im Schofse einzelner Familien nicht verkennen, obgleich da, wo die Fälle nicht so dicht gesät sind, dafs dadurch die Kontrolle nicht erschwert oder gestört wird, die Zahl der isolierten Erkrankungen bei weitem überwiegt. Die mehrfachen Fälle in einzelnen Familien lassen sich aber in verschiedener Weise erklären, nämlich durch hereditäre Übertragung und durch Infektion im engeren Verkehr. Die erstere Anschauung können wir dann gelten lassen, wenn in den ersten Wochen des kindlichen Lebens ein, wenn auch noch so geringes spezifisches Symptom konstatiert wird. Für die Tuberkulose ist das, wenn auch seltene Vorkommen solcher Fälle wohl als gesichert anzusehen; dafs Kinder leprös geboren werden, ist meines Wissens nur von Zambaco behauptet und im besten Falle als ein sehr seltenes Vorkommnis zu betrachten. Was die später auftretenden Fälle betrifft, so kann ich das Recht, sie auf Heredität zurückzuführen, für die Mehrzahl derselben nicht zugeben, umsomehr, als meistens, wenn nicht durch die Laktation, so doch wenigstens durch eingehende Pflege und intimen Kontakt die denkbar günstigsten Ansteckungsbedingungen gegeben sind.

der Syphilis hereditaria tarda zu argumentieren ist aus den chiedensten Gründen unthunlich; handelt es sich hier doch st nicht um die ersten Symptome der Lues, die vielmehr bei m Auftreten übersehen wurden, so dafs ein bestimmter Zeitkt weder festgestellt, noch eine Infektion nach der Geburt ausehlossen werden kann. Obgleich bei der Syphilis lange Latenzoden wohl mehr zum Krankheitsbilde gehören, als bei Tuberose und Lepra, so können wir gerade an ihr sehen, dafs sich Infektion durch Zeugung und Gestation in der Regel schon sehr zeitig — selbst vor der Geburt — bekundet. Anderseits mufs für die Tuberkulose nach meiner Erfahrung sagen, dafs gerade wo schwere, oft mit demselben Charakter rapide verlaufende le in einer Familie auftraten, es näher lag, eine Übertragung Geschwister zu Geschwister, als von Eltern an Kinder anzumen. Wo die Eltern gar nicht oder seit Jahrzehnten nicht r krank waren, während die Kinder schon erwachsen sind, r wo es sich um miteinander durchaus nicht verwandte Heen handelt, bleibt ja ohnehin nur die Annahme einer Infekin der Familie möglich, wenn man dieses — keineswegs sehr ene — Zusammentreffen erklären will. Bei der Tuberkulose liegt der Fall so, dafs ihre ansteckende Natur jederzeit leicht durch rimpfung auf Tiere konstatierbar ist und auch am Menschen kumzisionswunden, Leichentuberkel) die leichte Haftbarkeit derholt beobachtet wurde. Dagegen haben die diversen Verfungen der Lepra auf Menschen nach verschiedenen Beobachkeinen Erfolg gehabt, oder die angebliche Übertragung ist der tik sehr zugänglich (Fall von spontan geheilter, lokalisierter venlepra nach einer Sektion), während auch die Tierexperite meistens fehlschlugen oder, wo sie als gelungen angesehen den, ein Modus zur Anwendung kam (Implantation ganzer otenstückchen), der für eine Kontaktinfektion nicht in Betracht mt. Wenn nun die Tuberkulose trotzdem mit Recht in der Praxis nicht oder richtiger als nur selten ansteckende Krankheit anehen wird, so gilt dasselbe in noch höherem Mafse von der ra. Ich stehe auch meinesteils nach allen meinen Beobachgen und Erfahrungen durchaus nicht an, die Lepra als weniger tagiös wie die Tuberkulose zu erklären, und die alleinige

Ausstofsung der Leprösen aus der Gesellschaft, wenigstens wie sie bisher gehandhabt wird, nicht nur als inhuman und wenig zweckentsprechend, sondern auch ganz besonders als inkonsequent zu erklären. Bietet die Lepra doch weder für das Leben der Befallenen gröfsere Gefahr, noch zeigt sie in Beziehung auf Heilbarkeit ungünstigere Verhältnisse, als die Tuberkulose.

Deswegen will ich übrigens die Möglichkeit einer Übertragung von Lepra durchaus nicht geleugnet haben (ich bin vielmehr überzeugt, dafs jeder neue Fall die Präexistenz eines andren innerhalb engerer Grenzen beweist), aber die Bedingungen, welche zu ihrem Zustandekommen nötig sind, sind offenbar so kompliziert und eigenartig, dafs sie sich nur selten in der nächsten Umgebung Lepröser wiederfinden. Ich kann bestimmt versichern, dafs der blofse Aufenthalt in einem Lepralande annähernd so viel Gefahr bietet, als der intime Umgang mit einem Leprösen. Zur Illustration dieser Verhältnisse sei nur eine kurze Abschweifung erlaubt. Die Ankylostomiasis ist in jedem Lande zweifellos an das vorgängige Vorkommen (beziehungsweise Einschlagung) andrer Fälle gebunden. Wer in einem Ankylostomalande lebt, kann sich durch Genufs von schlammigem Wasser infizieren, ohne je zu einem Kranken in nähere Berührung getreten zu sein, während das Zusammenleben mit einem solchen unter der Voraussetzung der nötigen Reinlichkeit in bezug auf Trinkwasser und Versorgung der Auswurfstoffe absolut unschädlich ist. Nehmen wir an, dafs vielleicht nur das Blut oder die Schleimhautsekrete der Kranken das wirkungsvolle Kontagium enthalten, dies aber noch einer gewissen Reifung bei niederer Temperatur zu einer wirksamen Übertragung (z. B. durch Dauersporen oder eine andre Entwickelungsform) bedarf, oder endlich, dafs dazu noch eine direkte Einimpfung in Wunden (z. B. durch stechende Insekten) nötig ist, dann bekommen wir ähnliche Bedingungen, die eine Übertragung auf weitere Entfernungen fast ebenso leicht oder schwer erscheinen lassen, wie auf die nächste Umgebung. Wie schwer eine solche Übertragung zu stande kommt, sieht man daraus, dafs aus denjenigen leprafreien Ländern, die nicht so selten von Leprösen besucht werden, z. B. England, der gröfste Teil von Frankreich und Deutschland (von letzterem allein sind mir aus den letzten Jahren

gen zehn Besuche von Leprösen bekannt geworden) keine Nachchten von neu entstandenen Fällen vorkommen, seitdem man e Lepra anatomisch von ähnlichen Affektionen, z. B. Mykosis ngoides unterscheiden gelernt hat. An dem Klima kann es cht liegen, da anderswo unter demselben oder ähnlichem Klima ue Fälle beobachtet werden.

Unter meinem Material fanden sich folgende Fälle, welche h auf Erblichkeit oder intrafamiliäre Ansteckung zurückführen ſsen: Ein Fall von Lepra maculosa mit Pemphigus und Nervenkrankung bei einem erwachsenen Negersklaven aus dem Norden, ssen Mutter an einer ähnlichen Krankheit gelitten haben soll; rner ein Fall von typischer Lepra maculosa, seit 1 Jahr behend, bei einem Manne, dessen Frau seit 2 Jahren an reiner epra tuberosa leidet. Aufserdem liefse sich noch folgender Fall rziehen: Meister (Schmied) seit 3 bis 4 Jahren lokalisierte ervenlepra eines Fufses ohne Tendenz zur Ausbreitung, Geselle it einem Jahre frischer Ausbruch von typischer Lepra maculosa. ndessen ist der erste Fall nicht genügend gesichert und beim tzten Falle ist eine Ansteckung schwer zu supponieren, da keine ikroorganismen führende Hautaffektion (Knoten oder Ulceration) rlag.

Diesen Fällen steht eine ganze Reihe (17) von solchen gegenber, wo trotz enger Familienbeziehungen keine Übertragung stattfunden hatte.

Um zu rekapitulieren, mufs ich die Lepra für eine nur schwer bertragbare Affektion halten, bei der eine direkte Ansteckung hr selten nachweisbar ist und daher auch die Infektion in der amilie nur eine bescheidene Rolle spielt. Die Abschliefsung der eprösen hat sich in Brasilien undurchführbar gezeigt und die lofse Vermeidung eines direkten Kontaktes scheint vor der Krankeit nicht zu sichern; vielmehr ist als sicher anzunehmen, dafs as Kontagium nicht an der intakten Hautoberfläche des Kranken aftet. Die kongenitale Übertragung durch Heredität spielt für e Erhaltung der Krankheit nur eine ganz untergeordnete Rolle; elmehr erhält sich der Krankenbestand hauptsächlich durch Entehung sporadischer neuer Fälle in bisher nicht infizierten amilien.

Populäre Anschauungen über Lepra und Schicksal der Erkrankten. Die in Brasilien allgemein gültigen Anschauungen stehen freilich mit den soeben entwickelten in schroffem Gegensatz und bewahren noch ganz den Standpunkt früherer Zeiten, wie sich denn überhaupt in allen populär-medizinischen Ansichten ein auffallend konservativer Zug geltend macht. Nicht nur gilt die Berührung der Leprösen allgemein für ansteckend und wird die Vererbung ziemlich durchgehends angenommen und befürchtet, sondern auch der Meinung, dafs Lepra durch Ausschweifung, durch unterdrückte Menses entstehen könne oder eine Art potenzierter Syphilis sei, begegnet man häufig. Andre begnügen sich mit den auch sonst wohl geläufigen Erklärungen, welche sie vom Genusse von Schweinefleisch oder Fischen ableiteten, wozu als drittes angeschuldigtes Moment noch die Frucht des Pinheiras (Araucaria brasiliensis) kommt. Während die beiden letzten Annahmen durch den Mangel eines wirklichen Zusammentreffens von selbst dahinfallen, ist doch die Idee, dafs Lepra als Zoonose in infizierten Ländern vorkomme und durch Fleischgenufs auf den Menschen übertragbar sei, wenigstens diskutierbar. Ich mufs nun freilich gleich erklären, dafs mir trotz reichlicher Gelegenheit zu Informationen und eigner Beurteilung niemals etwas bekannt geworden ist, was für das spontane Vorkommen der Krankheit bei Tieren spräche; namentlich habe ich nie etwas gesehen, was an Lepra mutilans erinnerte, obgleich man die Mutilationen gerade bei Tieren am ausgeprägtesten zu finden erwarten dürfte. (Unter dem Volke werden zuweilen Ausschläge bei Tieren als Lepra bezeichnet [namentlich Krätze], die mit dem menschlichen Aussatze, gewöhnlich Morphea oder Mal die São Lazaro genannt, keine Ähnlichkeit haben.) Doch wäre es in Hinsicht auf diese weitverbreitete Anschauung gewifs von Interesse, gelegentlich neuer Implantationsversuche einmal das Schwein zum Versuchstiere zu wählen.

Noch eine, wahrscheinlich von der Lues auf die Lepra übertragene populäre Anschauung mag hier erwähnt sein, nämlich, dafs bei latenter Lepra durch den Gebrauch von Schwefelbädern deutliche Symptome hervorgerufen werden könnten.

Die Verwechselung mit Syphilis und die daher rührende Idee, dafs die Lepra eine durch Ausschweifungen verschuldete

Krankheit sei, zugleich mit der Furcht vor Ansteckung, und die Häfslichkeit in den äufsern Erscheinungen der vorgerückteren Stadien haben dazu geführt, die Lepra mehr wie jedes andre Leiden — nur die Pocken vielleicht ausgenommen — zu fürchten und zu verabscheuen, und die damit Behafteten aus der menschlichen Gesellschaft auszustofsen. Gerade diese Ächtung machte dann wieder auf die Menge einen so grofsen Eindruck, dafs dieselben Leute, welche sich aus Syphilis und ähnlichen Affektionen so wenig machen, dafs sie ihre eigne Erkrankung selbst proklamieren, beim blofsen Gedanken an das Mal de San Lazaro in vollstes Entsetzen geraten. Ich habe selbst Neger beim Aussprechen dieser Diagnose weinen sehen, obgleich dieselbe für sie eine Befreiung von den Härten der Sklaverei bedeutete. Wenngleich die geringe Kontagiosität und der häufig relativ benigne Verlauf selbst den nüchternen Laien nicht entgehen und sie an der Richtigkeit der allgemeinen Anschauungsweise zweifeln lassen, so denkt doch die Mehrzahl nicht so weit. Es geht hier gerade wie bei dem Bisse der Giftschlangen, der, wie sich jedermann leicht überzeugen kann, nur ausnahmsweise vom Tode gefolgt wird; trotzdem werden diese Bisse allgemein für sicher tödlich gehalten und jede Heilung irgend einem angewandten Heilmittel oder Verfahren zugeschrieben, wodurch zahlreiche Droguen einen ganz unverdienten Ruf erlangt haben.

Das gewöhnliche Schicksal der Leprösen in Brasilien ist, dafs die Krankheit, welche meist als nervöse oder makulöse Form beginnt, erst einige Zeit — nicht selten selbst jahrelang — vernachlässigt und verkannt, oder bestenfalls als Syphilis behandelt wird. Nachdem die gewöhnlichen Hg- und KaJ-kuren, die nach dem Urteile der besten Beobachter bei Lepra ganz unwirksam sind, sich nutzlos erwiesen (obgleich sie oft mit einer hier zu Lande seltenen und einer besseren Sache würdigen Konsequenz gebraucht werden) und sich die Idee der Lepra aufdrängt, zögert der behandelnde Arzt doch, die Diagnose auszusprechen, teils um sich nicht selbst eine Blöse zu geben, teils um den Kranken und seine Umgebung, welche so lange mit ihm verkehrte, nicht zu erschrecken. Schliefslich, wenn sich die Sache absolut nicht mehr verkennen läfst, findet sich etwa ein unbeteiligter Kollege, der

reinen Wein einschenkt. Nun allgemeines Entsetzen! Handelt es sich um einen Sklaven oder einen armen Teufel, so wird er Hals über Kopf fortgeschickt; im besten Falle gibt man ihm noch ein Pferd, so daſs er allein oder mit andern Leidensgenossen bettelnd herumziehen kann; ab und zu läſst sich auch einer in ein Asyl aufnehmen. Den Truppen zu Pferde von Ort zu Ort ziehender Lepröser (Männer und Frauen) begegnet man überall im Innern von Brasilien. Sie kommen nicht in die Häuser, sondern schlafen im Freien, manchmal unter Zelten, und kommen mit niemand in Berührung; selbst ihr Geld wird häufig einer Art von Desinfizierung unterworfen. Ein Almosen von Kupfermünzen, das sie fast als ihr Recht fordern, wird ihnen kaum je verweigert, so daſs es ihnen nicht am Nötigsten fehlt und die meisten dieses unstäte Leben der Langeweile eines Spitalaufenthaltes vorziehen.

Wo die Leute ein bischen vorurteilsfreier sind, gibt man auch wohl den Kranken eine abgesonderte und etwas abgelegene Hütte, wo sie ihr Leben in möglichst zurückgezogener Weise fristen. Bei besser Situierten wird die Krankheit möglichst geheim gehalten, und wenn der Patient seinen Turnus bei Ärzten und Pfuschern erfolglos durchgemacht hat, ergibt er sich in sein Schicksal und schlieſst sich möglich nach auſsen ab. Das Publikum ahnt zwar den Sachverhalt, aber hört doch bald auf, sich darum zu bekümmern.

Was die Leproserien anbetrifft, so gibt es zwar davon in Brasilien eine groſse Anzahl; allein die Mehrzahl derselben sind nur Asyle ohne ärztliche Pflege und von ziemlich primitiver Einrichtung. Sollten alle Kranken darin untergebracht werden, so würden sie sich bald als zu klein erweisen. Wirklich gut eingerichtet ist unter den mir bekannten nur das Hospital in Rio, wo den Kranken auch Gelegenheit zur Beschäftigung geboten wird — ein Hauptbedürfnis bei solchen chronischen Leiden.

Verschiedene Typen der Lepra und Frequenz derselben. Ich komme nun auf die Symptome und den Verlauf der Krankheit selbst zu sprechen und berücksichtige in erster Linie die Einteilung derselben. Am zweckmäſsigsten erscheint es mir, eine Lepra tuberosa, nervorum und maculosa zu unterscheiden.

Für die Festhaltung des letzteren Typus, die durch Frequenz, Dauer und klinischen Charakter genügend berechtigt erscheint, muſs ich entschieden eintreten. Dagegen können die Mischformen, von denen es dann konsequenterweise nicht nur eine, sondern vier geben muſs (drei mit je zwei, eine mit allein drei Typen), nicht den Grundtypen gleichgestellt werden, umsomehr als häufig das eine Element sehr zurücktritt; sie spielen unter frischen Krankheitsfällen eine sehr geringe Rolle, nehmen aber mit dem Alter zu und bilden bei den Fällen von längerer Dauer vielleicht die Mehrzahl; doch gestatten sie keine so lange Lebensdauer, wie die reinen Fälle, unter welchen daher die am längsten währenden Erkrankungen gefunden werden.

Die von mir in meiner Praxis beobachteten und genauer untersuchten Fälle waren zum gröſsern Teile jüngern Datums; bei wenigstens drei Vierteilen derselben wurde die Diagnose zuerst von mir gestellt. Doch befanden sich selbst unter den letzteren einige, die schon mehrere Jahre gedauert hatten, und bei denen, die bereits als Lepra erkannt worden, war dies ausnahmslos der Fall. (Trotzdem entspricht mein Material mit zahlreichen jüngeren Stadien und leichteren Fällen mehr der natürlichen Verteilung, als z. B. dasjenige eines Leprahospitals.) Unter diesen 21 Fällen fanden sich nun:

Reine Formen:

Lepra nervorum 7, darunter 4mal Lepra mutilans.

Lepra maculosa 5

Lepra tuberosa 3, auſserdem noch ein Fall in der Praxis eines Kollegen in São Paulo.

Mischformen:

Lepra tuberosa et nervorum mixta 3, darunter zweimal Prävalenz der nervösen, einmal der tuberösen Form.

Lepra maculosa et nervorum m. 3 } immer Prävalenz der ma-
Lepra maculosa-tuberosa m. 3 } kulösen Form.

Man sieht, daſs der nervöse Typus zehn-, der fleckige neun-, der knotige nur dreimal vertreten ist, und daſs sich die reinen Typen zu den gemischten, wie 2 : 1 verhalten. Dem gegenüber fanden sich im Leprahospital in Rio unter 48 Fällen: Lepra nervorum 14, tuberosa 14, tuberosa-nervorumque 12, maculosa 7,

maculoso-tuberosa 1mal. (In São Paulo war unter 20 Fällen die Nervenlepra vorwiegend, in zweiter Linie die Knotenlepra vertreten.) Diese Unterschiede in der Frequenz der einzelnen Typen erklären sich weniger durch die kleinen Zahlen und lokale Verschiedenheiten, als dadurch, dafs in das Hospital mehr auffallende und schwere Fälle kommen, und z. B. die in meiner Praxis so häufig beobachtete, rein makulöse Form fast keine Beschwerden macht. Deswegen glaube ich, dafs man auch für Brasilien, wie für Ost-Westindien und Britisch Guyana die Lepra nervorum als die häufigste, den Knotenaussatz als die seltenste Form betrachten mufs. Zwischen beiden liegt nach meinen mehr lokalen Erfahrungen die makulöse Form.

Symptomatisches über die einzelnen Formen.

Lepra tuberosa. Wie schon gesagt, sind unter meinem Materiale die reinen tuberösen Formen spärlich, und es ist mir deshalb nie möglich gewesen, die Invasion dieser Krankheitsform bei einem vorher Gesunden zu beobachten. Dagegen sah ich öfter Nachschübe und einmal die Anfangsstadien bei einem bereits an Lepra nervorum Erkrankten. Bekanntlich gehen dem Knotenausbruche längere oder kürzere Fieberbewegungen voraus, die in mehreren meiner Fälle den Typus der continua hatten und sich auf ca. 40° erhielten. Die häufigste Form der darauffolgenden Erkrankung ist diejenige des Erythema nodosum. Ein Autor drückt dies sogar so aus, dafs dasselbe häufig ein Vorläufer der Krankheit sei; in der That ist er aber bereits eine Teilerscheinung derselben. Das leprös Erythema nodosum unterscheidet sich aber von den am meisten beobachteten Formen, soweit ich bisher sehen konnte, durch dreierlei: erstens durch den Mangel einer konsekutiven Verfärbung, wie sie auch nach Suggilationen auftritt und die wohl den Namen Dermatitis contusiformis veranlafst hat, zweitens durch den Mangel einer bei der gewöhnlichen Form wenigstens sehr häufigen Desquammation, und drittens dadurch, dafs gewöhnlich ein, wenn auch nur kleiner Teil sich später in bleibende Knoten umwandelt. Die Anatomie dieser Knoten ist für das Verständnis sowohl des leprösen Prozesses, als auch desjenigen des Erythema nodosum von gröfstem Interesse. Einer meiner Patienten, der seit ca. 2 Jahren an den Symptomen der Lepra ner-

vorum litt und aufserdem seit kurzem eine Kehlkopfaffektion dar-
bot, die sich als langsam verlaufende Perichondritis laryngea
herausstellte, ferner eine Perforation der Nasenscheidewand von
unbestimmtem Alter hatte, kam nach mehrwöchentlichem Fieber
in meine Behandlung. Derselbe bot auf der äufsern Decke keine
Knoten, wohl aber einen frischen Ausbruch der fleckigen Infil-
trate, welche an Erythema nodosum erinnern und mit den eigent-
lichen Flecken der Lepra maculosa gar keine Ähnlichkeit haben.
Da ich das unbedingte Vertrauen des Patienten genofs, den ich
früher durch Eröffnung eines tiefliegenden perinephritischen Abs-
cesses aus sehr prekären Gesundheitsverhältnissen zu rascher Hei-
lung gebracht hatte, so gestattete er mir gern, einen der frisch
entstandenen, ziemlich diffusen Knoten zu exzidieren, was ich denn
auch mit Einschlufs des ganzen subkutanen Gewebes auf dem
Thorax that. Schon bei der Operation fiel mir die grofse Menge
von seröser Flüssigkeit auf, welche aus einer ödematösen Haut-
partie hervorsickerte. Bei Untersuchung des Stückes zeigte sich,
dafs dasselbe fast nur aus ödematösem Bindegewebe bestand und
der Panniculus adiposus förmlich gallertig aufgequollen war. Unter
grofsen Dosen von Natrium salicylicum waren in 2—3 Tagen
sämtliche derbe Infiltrate spurlos verschwunden und auch die
Inzisionswunde heilte per primam.

Schon früher hatte mich dieses häufige rasche Verschwinden
der frischen Lepraknoten so frappiert, dafs es mir unmöglich
schien, dafs es sich, wie bei den fertigen Lepromen, um eine Zell-
geschwulst handeln könne. Hier hatte ich nun die Bestätigung
meiner Ansicht. In der That fanden sich bei mikrospischer Unter-
suchung nur wenige Granulationszellen längs der kleinen Ar-
terien und Kapillaren gelagert. Stellenweise ging die Gefäfswand
in spindelförmigen Haufen von Granulationszellen, die offenbar
aus derselben hervorgegangen waren, zur Unkenntlichkeit auf; an
andern Orten war sie noch deutlich zu erkennen. In der Achse
der spindelförmigen Zellenhaufen, nicht selten bis an den Rand
derselben reichend, und wo die Gefäfse noch deutlicher zu sehen
waren, im Lumen derselben, lagen dichte Züge der charakteristi-
schen Haufen von bacillenartigen Organismen, welche die be-
kannten Färbungsreaktionen zeigten; aufserdem an einigen Stellen

ganz schmale Reihen von mehrkernigen weifsen Blutkörperchen, deren Kerne sich intensiver färbten, wie die der Granulationszellen. Hier und da aufserhalb der Bacillenzüge vereinzelt oder haufenweise die kleinen, runden, kokkenartigen Körner, welche ich zuerst als normalen Bestandteil der Lepramikroorganismen angesehen habe. Nur an wenigen, mikroskopisch kleinen Stellen, welche der Haut am nächsten lagen, zeigten sich breitere Zellenzüge, welche die Struktur des fertigen Leproms darboten, indem Zellen- und Zoogloeamassen unregelmäfsig durcheinander gewürfelt waren; der gröfste Teil des kutanen und subkutanen Gewebes zeigte selbst im Innern des Knotens keine Wucherung, und war die Infiltration offenbar nur serös, nicht zellig.

Die Lagerung der Lepramikrobien in den Gefäfsen ist schon früher, z. B. von UNNA, gesehen worden, und ganz ähnliche Bilder, namentlich vom Grunde der Knoten, waren mir schon aus seinen und meinen Präparaten bekannt. Aber bisher war diese Lagerung als mehr selten und ausnahmsweise betrachtet und als Hauptsitz die Lymphgefäfse und -räume angesehen worden; hier hatte ich die ersten Stadien des Prozesses vor mir und da lagen die Zoogloeahaufen in dem Gefäfslumen.

Die schon früher für das Erythema nodosum aufgestellte Hypothese, dafs es sich dabei um eine Embolie der Hautgefäfse handle, wäre dadurch bestätigt, nur dafs wir es statt mit einer fibrinösen mit einer mykotischen Embolie zu thun haben. Die Mikroorganismen vermehren sich wahrscheinlich rasch in den Gefäfsen und verschliefsen sie zum Teil. Infolge rückläufiger Venenströmung, oder weil die unter ihrem Reiz in Wucherung geratende Gefäfswand durchlässiger wird, findet ein Austritt von Serum statt, während eine reichlichere Diapedese — wenigstens bei Lepra — gewöhnlich nicht vorzukommen scheint. Dagegen treten, durch ihre Kleinheit begünstigt, zugleich mit dem Serum nach und nach eine Anzahl kokkenähnlicher Körner aus, welche erst die Nachbarschaft der Gefäfse und dann die weiter entlegenen Lymphspalten und -räume erfüllen. Während sie direkt oder indirekt zu den sogen. Bacillen heranwachsen, bilden sich um sie herum die Granulationszellen wahrscheinlich aus den fixen Bindegewebskörperchen, und es entsteht so das Leprom; in andern Fällen

bortiert die Kolonie, die Organismen vermehren sich nicht, das erum wird resorbiert, es entsteht kein Knoten, oder man fühlt öchstens bei genauer Untersuchung in der Tiefe einige feine, adenförmige Verhärtungen, welche wahrscheinlich den Wuche- ungen um die Gefäfse entsprechen.

Das vorgängige Fieber erklärt sich durch die Gegenwart der likrobien im Kreislauf; dafs die Embolie erst nach einiger Zeit eginnt, liegt vielleicht darin, dafs sich erst Zoogloeahaufen von enügender Gröfse, um stecken bleiben zu können, heranbilden üssen. Einzelne Körner und Kokkothrixformen können natür- ch auch die feinsten Kapillaren mit Leichtigkeit passieren. Man ürde sie also in diesem Stadium im Blute finden können, wie s ja auch schon angegeben worden ist; doch haben solche Blut- efunde nur dann einen Wert, wenn jede Täuschung ausgeschlossen t, was trotz spezifischer Farbereaktion beim bloßen einmaligen uffinden von ein oder zwei sogen. Bacillen in einer gröfsern lutmenge kaum der Fall ist; anderseits wird man leicht negative rfolge bekommen, die natürlich noch weniger sicher zu verwerten nd. Da indessen auch die kolossalsten Mengen in den Lepromen nthaltener Mikrobien kein Fieber machen, so darf man gewifs ei jedem Fieberanfall auf ein Zirkulieren derselben rechnen, und hnlich müssen die Verhältnisse auch bei der Syphilis liegen, wo ir ja nur bei dem Auftreten des generalisierten Exanthems Fieber aben, ja vielleicht ist dies selbst bei der Tuberkulose der Fall – so unwahrscheinlich dies auch à priori erscheinen mag —, wenn ir nur dabei die Mischinfektionen besonders mit Eiterkokken usschliefsen.

Wir sind gewöhnt, mit dem Zirkulieren von Tuberkelmi- robien den Begriff einer allgemeinen Miliartuberkulose und zu- leich denjenigen einer unheilbaren Krankheit zu verbinden; wahr- cheinlich haben wir darin Unrecht. Sehen wir auch von den ngaben, dafs durch den Blutbefund konstatierte Miliartuberkulose eilen kann, völlig ab, so können wir uns doch das Zustande- ommen einer tuberkulösen Arthritis oder Ostritis in der Regel icht denken, ohne dafs erst eine Blutinfektion vorangegangen ist; ie etwa vorher erlittenen Traumen, welche die Hautdecke nicht erletzten, erklären uns höchstens, warum die Mikroorganismen

gerade an dieser Stelle einen Ruhepunkt gefunden haben, während sie sonst vielleicht spurlos aus dem Blutstrom verschwunden wären. Dafs aber selbst ihrem Steckenbleiben nicht jedesmal die Entwickelung eines spezifischen Exanthems zu folgen braucht, sehen wir oben am Beispiel der Lepra. Es ist indessen durchaus nicht unwahrscheinlich, dafs auch die Tuberkelorganismen Erythema nodosum artige Erscheinungen hervorrufen. Ich möchte hier auf eine Arbeit von UFFELMANN aufmerksam machen; dieselbe ist im *Deutschen Archiv für klin. Medizin.* Jahrg. 1872. S. 460 erschienen und so betitelt: „Über eine ominöse, in der Haut sich lokalisierende Krankheit des kindlichen Alters." Der Autor beschreibt darin 14 Fälle von einer Hauterkrankung, die sich von dem typischen Erythema nodosum durch dieselben Eigentümlichkeiten unterscheidet, wie wir sie eben für die analoge lepröse Erkrankung geschildert haben. Lepra kam natürlich bei den UFFELMANNschen Patienten nicht in Frage; dagegen lag bei sämtlichen, mit Ausnahme von zwei, Tuberkulose in der Familie vor, und bei drei derselben wurde später Tuberkulose konstatiert. Der Autor bringt daher die Affektion mit der letzterwähnten Krankheit entschieden in Zusammenhang, umsomehr als das Allgemeinbefinden dabei sehr entschieden leidet und die Patienten, obgleich meist nur sehr mäfsiges Fieber stattfindet, sich nur schwer erholen. Die Knoten machten auf ihn den Eindruck von Infarkten, und scheint es mir nicht sehr gewagt, anzunehmen, dafs es sich in der That um eine Embolie von Tuberkelmikroorganismen oder mit solchen beladener Massen handle.

Auch das gewöhnliche typische Erythema nodosum ist wohl als mykotische Embolie aufzufassen, nur dafs es sich natürlich dabei um andre Mikroorganismen handelt. Doch will ich an dieser Stelle auf den Gegenstand nicht weiter eingehen.

Dafs die embolischen Knoten zum gröfsern Teil oder alle wieder verschwinden können, habe ich schon erwähnt. Meistens bleiben aber einige bestehen, die sich erst durch Resorption des Ödems verkleinern, dann aber wieder wachsen und dabei allmählich aus der Tiefe des subkutanen Bindegewebes nach der Oberfläche der Cutis emporzusteigen scheinen; nur selten bleiben sie (wenigstens für das Gefühl) dauernd auf die Subcutis beschränkt.

Zuweilen fühlt man auch solche Knoten um die oberflächlichen Sehnen, über den Fascien und in den Muskelinterstitien, auch tritt zuweilen eine plötzliche Schwellung einer vereinzelten Lymphdrüse auf, ohne dafs im betreffenden Gebiete etwas vorläge. Treten die Knoten nur sehr spärlich und vereinzelt auf, so kann es auch ohne Fieberbewegung geschehen. Meist kommt dies nach gröfseren Ausbrüchen noch eine Zeitlang vor. Die Entwickelung der Knoten ist manchmal von Jucken begleitet.

Auf die mehrfach beschriebene regionäre Verteilung der Leprknoten will ich nicht näher eingehen; die Lokalisation, welche dabei stattfindet, erklärt sich dadurch, dafs vielerorts eine Ansiedelung der Mikrobien mifslingt. Dafs sie hauptsächlich an den entspannten Hautdecken lokalisiert sind, erklärt sich vielleicht dadurch, dafs daselbst die mit den einzelnen oder in Ketten liegenden kokkenartigen Pilzzellen beladene Gewebsflüssigkeit mehr stagniert und ihnen so ein Haften ermöglicht, während sie sonst rasch wieder weggeführt wird.

In Beziehung auf die Form der Leprome lassen sich zwei Typen unterscheiden, von denen der erste am Stamm und Extremitäten bei weitem vorherrscht. Derselbe besteht aus der diskreten rundlichen oder ovalen, bei Weifsen gelblich- bis braunroten, bei Negern und Mulatten die Hautfarbe zeigenden Knötchen und Knoten, die Linsen- bis Markstückgröfse haben, am häufigsten jedoch etwa erbsen- oder bohnengrofs sind. Dieselben können erst flach oder halbrund — etwa wie eine grofse Lichenpapel oder eine Frostbeule — sein, wachsen aber nicht selten stark über die Hautoberfläche, so dafs sie selbst gestielte, fibromartige Tumoren darstellen, die ich im Gesicht und an den Ohren eines Negers in São Paulo habe Wallnufsgröfse erreichen sehen. Die Konsistenz ist infolge ihrer starken innern Spannung immer eine ziemlich derbe, wie eine pralle Atheromcyste oder ein mäfsig hartes Fibrom.

Am Kopfe, wo diese Form entweder isoliert oder mit der andern zugleich vorkommt, erscheint sie hauptsächlich auf der Höhe der Stirnfalten, am arcus superciliaris, den Nasenflügeln, dem Septum, sowie dem freien Rande der Ohrmuschel, dem Läppchen, dem Tragus und Antitragus, seltener an andern Stellen als

einzelne oder rosenkranzartig gereihte, dann aber auf separater Basis aufsitzende Knötchen, die sich selten berühren und dann gegenseitig abplatten. Sie sind schon bei geringer Gröfse sehr auffallend und charakteristisch, und verraten ihre Träger frühzeitig als Lepröse. Bei starker Entwickelung geben sie dem Gesichte einen hauptsächlich durch seine Fremdartigkeit und Formlosigkeit auffallenden und zugleich abstofsenden Ausdruck.

Der zweite Typus ist aufserhalb von Gesicht und Ohren selten und hauptsächlich auf die Dorsalseite der Finger und Zehen beschränkt. Er tritt daselbst als diffuse, flach polsterförmige, frostbeulenartig anzufühlende Auftreibung auf, die sich besonders an der Grundphalanx entwickeln und eine ziemlich charakteristische Form der Lepra tuberosa bilden.

Im Gesichte, wo sie häufig einzig oder prävalierend auftritt, bildet diese Varietät eine flächenhafte Infiltration einzelner Hautpartien, bei der die normalen Falten hypertrophisch werden, ohne diskrete Knoten zu zeigen. Die Konsistenz ist wegen mangelnder Spannung keine so harte, sondern erinnert mehr an die eines Lipoms oder weichen Fibroms, wodurch selbst eine blofs ungefähre Abgrenzung des Neoplasmas durch das Gefühl sehr erschwert wird. Im Anfang ist sie wenig auffallend und namentlich bei farbigen Rassen nicht sicher zu erkennen; sie kann z. B., wie ich mich einmal überzeugte, an der Stirnhaut durch eine starke Entwickelung der Knäueldrüsen vorgetäuscht werden. An den Ohren bildet diese Form eine einfache allgemeine, oft recht bedeutende Vergröfserung, wobei nur das Ohrläppchen, welches zu einem grofsen und dicken, aber weichen und vollkommen glatten Tumor wird, eine bedeutende Formveränderung zeigt, indem es durch seine Schwere stärker abgesetzt, fast gestielt wird und auch tiefer herunterhängt. Bei diesem Typus zeigt das Gesicht mehr einen komischen, faunenhaften Ausdruck, wie man ihn etwa bei ältern fetten Leuten, namentlich bei Bonvivants zu sehen bekommt; erst wenn die Hautfalten zu elephantiastischen, wie eine Cutis pendula herabhängenden Lappen werden, entsteht ein nahezu so auffallendes, häfsliches und abschreckendes Gepräge, wie bei den ersten Typen. Nicht selten kombiniert sich damit die erste Form, indem auf den diffusen Lepromen vorspringende Knötchen stehen.

Bei beiden Varietäten ist das teilweise oder vollständige Ausfallen der Augenbrauen häufig. Dadurch und durch den Mangel der natürlichen Bewegungen verliert die Physionomie nach und nach ihr individuelles Gepräge und erhält dafür einen, nur nach Form und Stadium verschiedenen, der Krankheit eigentümlichen Habitus.

Was die Dauer der Knoten anbetrifft, so habe ich ein rasches Verschwinden wirklich ausgebildeter kutaner Leprome (im Gegensatz zu den frischen embolischen, mehr subkutanen Knoten) niemals gesehen; vielmehr zeichneten sie sich, namentlich bei der einen Form, immer durch sehr langes Bestehen aus. Eiterige Schmelzung sah ich nur einmal bei einer frischen Embolie; vielleicht hatte hier aus einem leprösen Schleimhautulcus eine Mischinfektion stattgefunden. Im natürlichen Laufe der Dinge suppurieren die von einer Hornschicht bedeckten Leprome nicht, dagegen geschieht dies sehr leicht selbst nach geringfügigen traumatischen Einwirkungen, z. B. Friktionen mit salicylsäurehaltigen Salben oder andern Medikamenten, welche die Hornschicht verändern. Man findet dann aber im Sekrete Staplylokokken und andre Mikroorganismen, für welche das leicht zerfallende Lepragranulom offenbar einen ausgezeichneten Nährboden bietet.

Anders ist es bei den Schleimhautknoten, bei welchen eine Ulceration sehr regelmäfsig und oft sehr frühzeitig eintritt. (In der Nase halten sie sich dem Ausgange zunächst am längsten intakt, in der Mundhöhle, wie mir scheint, an der Zunge.) Manchmal ulcerieren sie schon bei ihrem ersten Erscheinen, wenn sie nur flache Papeln, ähnlich den Plaques muqueuses bilden. Man findet dann z. B. an der Nasenscheidewand blofs eine im Niveau der Schleimhaut liegende, meist mehr blutige wie eiterige Kruste, unter welcher sich oft schon eine tiefe Aushöhlung findet. Das Septum wird überhaupt aufserordentlich leicht, manchmal schon in den ersten Stadien der Krankheit perforiert. Dafs bei dem Zerfall der Schleimhautknoten andre, im Sekret aller mit Mucosa bekleideten und nach aufsen mündenden Hohlräume zahlreich vorhandene Mikroorganismen die Hauptrolle spielen, kann wohl anstandslos angenommen werden. Es ist keineswegs so ganz selten, dafs die Knoten bezw. Ulcerationen sich auf die Schleimhäute be-

schränken; deshalb müssen meiner Ansicht nach die destruierenden Prozesse derselben fast oder ganz ausnahmslos auf die tuberöse Form zurückgeführt werden, obwohl das Fehlen äufserer Knoten in einzelnen Fällen dagegen zu sprechen scheint.

Wenn Hautknoten spontan oder infolge der Behandlung resorbiert werden, so legt sich die schlaffe, zu weit gewordene Epidermisdecke in kleinere oder gröfsere Falten, und verrät so noch lange die Stelle; manchmal erscheint sie entschieden verdünnt, atrophisch. Bei der Resorption der alten Leprome treten sehr leicht neue Embolien auf.

Ich möchte hier noch darauf aufmerksam machen, dafs die tuberösen Formen, welche mit Schleimhautulcerationen verlaufen (in deren Sekret ebenso wie in demjenigen ulcerierter Hautknoten massenhaft die spezifischen Mikrobien enthalten sind), und bei denen wahrscheinlich in den Fieberperioden die Krankheitserreger jedesmal im Blute zirkulieren, vom Standpunkte des Kontagionisten am gefährlichsten erscheinen müssen. Es ist möglich, dafs die verschiedenen Erfahrungen an verschiedenen Orten zum Teil durch Vorherrschen der einen oder andren Form beeinflufst sind; doch kann nach allen Erfahrungen und Experimenten auch dieser Form keine sehr grofse Ansteckungsfähigkeit zugesprochen werden.

Auf Verlauf und Prognose der tuberösen Form will ich nicht eingehen und nur bemerken, dafs mir der angebliche günstige Einfluſs eines Klimawechsels bei diesen, wie bei den andern Formen höchst problematisch scheint. Theoretisch läfst sich für die erwähnte Anschauung kaum etwas Stichhaltiges anführen, und meine bisherigen, allerdings wenig zahlreichen Erfahrungen sprechen entschieden dagegen. Eine spontane Heilung der tuberösen Form ist mir sowohl in Europa als in Brasilien weder vorgekommen noch von zuverlässiger Seite mitgeteilt worden.

Die ausgebildete tuberöse Form macht der Diagnose kaum Schwierigkeiten, und jedenfalls läfst sich bei Anwendung des Mikroskops jeder diagnostische Irrtum ausschliefsen. Weder das makroskopische, noch das mikroskopische Bild läfst eine Verwechselung mit Tuberkulose bezw. Lupus zu, so weit es sich um die äufsere Haut handelt.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

Kühne, **Über das Vorkommen der Spirochätenform des Kochschen mmabacillus im Gewebe des Choleradarmes und über Herstellung rschiedener Fluorescinpräparate.** Vortrag gehalten auf dem Kongrefs innere Medizin 1887.

Von dem sehr interessanten und für unsre Kenntnisse von der Patho-ie der Cholera äufserst wichtigen Vortrage Kühnes interessiert den Der-tologen hauptsächlich das, was K. über seine wunderschönen nach der orescinmethode hergestellten Leprapräparate sprach. K. empfahl von ausgestellten Leprapräparaten besonders die Nervenlängsschnitte der chtung, weil man in ihnen zweifellos die Lage der Leprabacillen in nphräumen erkennt. Den Ausdruck „Vacuola" hält K. für unzweckmäfsig, er zu irrtümlichen Auffassungen über das Wesen ungefärbter Stellen ren müsse. Sehr schwer färbbare, glashelle Fibrinfäden in quergeschnit-en Gefäfsen können sehr leicht als solche imponieren.

Zum Schlusse seines Vortrages machte K. im allgemeinen auf die wierigkeit der Deutung mikroskopischer Bilder aufmerksam und bemerkte, s derartige Schwierigkeiten in der Lagebestimmung der Bakterien nur nählich durch immer vollkommenere Herstellung der mikroskopischen parate überwunden werden.

[Kühnes nach einer neuen — der Fluorescin- — Methode wonnene Leprapräparate bestätigen durchaus die mehrfach be-ittene Anschauung Unnas vom Wesen der sogen. Leprabacillen. kann nach den Leprapräparaten Kühnes, welche zu den önsten gehören die Ref. jemals gesehen hat, keinem Zweifel hr unterliegen, dafs die sogen. Leprazellen nichts Andres sind in Lymphräumen befindliche Kolonien, Zoogloeahaufen, von prabacillen. Ref.]

Wiesbaden. Bockhart.

Die Anwendung des Haarseils in der Medizin, von Dr. Stocquart. üssel. 1885.

Diese Arbeit ist zunächst eine historische. Verfasser erwähnt das Alter Behandlungsmethode mit Haarseilen, die verschiedenen Ansichten über Wirkungsarten derselben. Sieben bisher bekannte Applikationsmethoden rden aufgezählt, und da der Verf. selbst in einzelnen Fällen, von welchen der nichts Näheres mitgeteilt ist, einen therapeutischen Erfolg mit dem arseil erzielte, so hat er sich der Mühe unterzogen, noch ein Instrument konstruieren. Wie aus einer Abbildung im Texte ersichtlich ist, bezweckt r Apparat, dem Arzte ohne Assistenz das Legen eines Haarseiles zu er-

möglichen. Gleichzeitig wird durch geeignete Kompression Blutung verhindert und die Schmerzhaftigkeit vermindert.

Altona. Dr. Appel.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Mikroorganismen im Inhalt der Varicellen. Dr. Paul Guttmann (*Virchows Archiv.* Bd. 107) hat in 3 Fällen von Varicellen den Inhalt bakteriologisch untersucht und 1. den Staphylococcus aureus, 2. eine grünlich-gelbliche (zitronenfarbige) Kultur, welche er Staphylococcus viridis flavescens nennt, und 3. eine weifse Kultur gefunden, welche sich mikroskopisch von den andern erwähnten nicht unterscheidet und welche ebenfalls meistens in kleinen Häufchen, aber auch einzeln und zu zweien liegt. Die mit frisch gewonnenen Reinkulturen dieser 3 beschriebenen Kokkenarten angestellten Tierversuche ergaben, dafs nur der Staphylococcus aureus die Tiere krank machte, bei den andern Kokken trat keine Reaktion ein.

Über Vaccine und Variola. Bakteriologische Untersuchungen von Dr. C. Garrè. (*Deutsche Med. Wochencchr.* No. 12. 13.) 1. Mikroorganismen der Vaccine. A. Kulturversuche. Ein Stück Haut eines Kalbes mit schön entwickelten Pocken von 5 Tagen wird sofort nach dem Schlachten des Tieres exzidiert und unter allen bakterioskopischen Kautelen a. teils in 9 Kulturgläser abgeimpft, b. teils direkt Stücke der Pustel in Gelatine gebracht. Mit einer einzigen Ausnahme sproſsten in den Gläsern bei Abimpfung a. Reinkulturen, mikroskopisch aus Kokken bestehend, die ca. $^1/_2$ so grofs wie die pyogenen Staphylokokken sind. Die Impfungen b. ergaben gemischte Kulturen, die Leim und Serum verflüssigten und in denen aufser kleinen Mikrokokken noch eine gröfsere Art und 2 Arten von Kurzstäbchen keimten. Vermittelst der Plattenmethode war es möglich, die kleinen Kokken zu isolieren; sie zeigten sich in ihren Reinkulturen mit den bei a. erhaltenen Impfungen völlig identisch. Die gefundenen Kokken keimen in gewöhnlicher Fleischextraktgelatine bei Zimmertemperatur nicht. Im Brutofen auf Agar oder Blutserum brauchen sie 3—5 Tage zu ihrer Entwickelung. Sie sind exquisit aërobisch. Vom Impfstich aus verbreiten sie sich bis 5 mm weit über die Gelatineoberfläche hin als grauweifser, ziemlich dicker gleichmäfsiger Belag, während sie im Impfstich nur spärlich gedeihen. Blutserum und koag. Hydrocelenflüssigkeit wird verflüssigt, Agar nicht. Auf der Agarplatte werden sie als rundliche, schmutzig-weifse Flecke mit undeutlicher Begrenzung sichtbar, die, mit der Lupe betrachtet, kein homogenes Aussehen haben, sondern wie aus kleinsten Flöckchen zusammengesetzt erscheinen, ohne Körnung und glanzlos. In sterilisierte Kuhmilch geimpft koagulieren sie dieselbe. Gegen Temperatureinflüsse sind die Kokken sehr resistent. Ganz die

ichen Kokken mit denselben Kulturen finden sich bei allen andern Fällen
n Vaccine vor und, wenn nicht durch direkte Lympheimpfung als Rein-
ltur, so doch vermittelst der Plattenmethode.

B. Tierexperimente. Mit einer Mischkultur b. in 1. Generation wurde
2½jähriger Farre geimpft, und zeigte sich nur an 2 Stellen entzündliche
tung, an der sich später rundliche Pusteln mit wenig leicht getrübtem
nalte entwickelten, deren Kulturen aber weder im Serum, noch im Leim,
ch auf der Platte angingen. Mit einer Reinkultur a. in 4 Generationen
rd am Kalb, das soeben mit kräftiger animaler Vaccine inokuliert wurde,
einer isolierten Stelle eine Impfung vorgenommen, wobei sich an 2 Stellen
den Impfschnitten kleine knötchenartige Erhebungen gebildet haben,
ben den Impfstellen aber viele kleine stecknadelkopfgroſse, isolierte Pustel-
en. Die Abimpfung in Gläsern mit Nährsubstrat ergab indessen nicht die
eichen Kokken — es bildeten sich weiſse und gelbe, den Leim verflüssi-
nde Kulturen, bestehend aus Kokken mittlerer Gröſse, ungefähr den
ogenen Staphylokokken entsprechend. Kaninchen subkutan beigebracht,
rmochten sie aber keine pyogene Wirkung zu entfalten. Die 5. Generation
r isolierten Reinkultur wird einem 4jähr. Farren eingerieben; es bildet
h eine Pustel, die deutlich gedellt ist mit serösem Inhalt und geringer
tzündlicher Randinfiltration. Eine Kontrollimpfung mit geprüfter reaktions-
äftiger Vaccine bleibt reaktionslos. Mit der Lymphe der Pustel dieses
eres wird ein andres Tier geimpft und zeigen sich danach deutliche
cken; 10 Tage post vaccinationem bleibt die Impfung mit frischer Lymphe
aktionslos. Die von letzterem entnommene Lymphe wird in 3 Agargläser
geimpft; in einem Glase keimen gelbe Kokken und lange Bacillen, wäh-
nd die andern zwei Reinkulturen bekannter Art aufweisen. Zwei weitere
äser, die zu Platten verwendet wurden, zeigen in einer Reihe von Kultur-
nkten die Vaccinekokken, wovon zu Reinkulturen abgeimpft wird. In einem
lle erfolgt eine Reaktion, in einem andren nicht; reaktionslos bleiben auch
e Impfungen an Kaninchen und bei einer Hausmaus.

C. Versuche mit humanisierter Lymphe. Die mikroskopische Unter-
chung der klaren Lymphe zeigt meist Mikrokokken in geringer Zahl
eselben liegen entweder isoliert oder zu 2—4 in Ketten oder Gruppen
sammengeordnet, und besitzen oft Kapseln. In der Gröſse sind sie sehr
riabel, stimmen aber im allgemeinen mit denen der animalen Vaccine.
reinzelte gröſsere Kokken, selten Bacillen und Sproſspilze, finden sich mit
bei. Bei Abimpfungen auf die Platte fanden sich Mikrokokken von 0,5
0,7 μ Durchmesser ohne charakteristische Zusammenordnung. In der
inkultur kamen sie aber nicht völlig mit der beim Tier gefundenen Art
erein. Wohl verflüssigten sie Serum und keimten nicht im Leim bei
mmertemperatur, in Agar aber schienen sie — bei gleicher grauweiſser
rbung — etwas dickere Kulturen zu bilden, die von zäher Konsistenz
ren. Auf den Platten stellten die Kulturpunkte ebenfalls etwas dickere
häufungen dar, immerhin mit wenig scharf begrenzter Kontur, aber nicht

von dem flockigen Ansehen, wie die andern Vaccinekulturen. Impfungen auf 1 Tier und auf 2 noch nicht vaccinierte Kinder verliefen absolut reaktionslos. Die nachträgliche Vaccination mit kräftiger Lymphe schlug bei diesen Kindern in normaler Weise an. Mit dem Inhalt der Pustel des Tieres 5 bringt man bei weiterer Übertragung sowohl auf Mensch als auf Tier die normale Vaccinepustel hervor und macht das betreffende Individuum gegen erneute Vaccineinfektion immun. Subkutane Injektion solcher Kokken und Inunktion erzeugen keine entzündlichen Erscheinungen.

II. Mikroorganismen bei Variola. G. beschreibt drei Fälle von schwerer Variola, die alle tödlich verliefen und bei welchen sich durchweg Streptokokken fanden, die mit den bei Eiterungen sich findenden pyogenen Kettenkokken sowohl mikroskopisch als auch in ihrem Verhalten auf Gelatine so vollständig gleich kamen, dafs sie wohl zweifelsohne mit diesen identisch erklärt werden müssen — eine Bakterienart, auf deren äufserst malignen Charakter bereits Rosenbach aufmerksam gemacht hat.

Über die Abortivbehandlung des Furunkels mittels parenchymatöser Injektion. Dr. A. Bidder (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 14) hat ca. 100 Fälle von Furunkel mit Karbolsäureinjektion behandelt, ohne eine Inzision nötig gehabt zu haben. Bei kleinen Furunkeln genügte ein Stich und die Einspritzung nur weniger Tropfen einer 3 % Lösung, die dann von innen (hinten) her durch den an die Oberfläche reichenden Eitergang nach aufsen gelangten oder, wenn die Öffnung noch verschlossen war, die Epidermis blasenförmig in die Höhe hoben. Platzte das Häutchen nicht von selbst, so wurde dasselbe mit der Nadel aufgeritzt, um einen Teil der Flüssigkeit daselbst Abfluſs zu gewähren. War der Furunkel schon gröfser, so wurden 2 Einstiche an gegenüberliegenden Stellen gemacht und dabei je eine halbe oder ganze Spritze voll eingespritzt. Bei den gröfsten Furunkeln genügten 4 Stiche, durch welche der Inhalt von 2—4 Spritzen injiziert wurde. Die Einstiche müssen ca. 1—2 cm vom Zentrum resp. der zentralen Fistelöffnung des Furunkels entfernt gemacht werden, und es mufs die Nadel so schräg und tief eingestochen werden, dafs ihre Spitze den tiefliegenden Eiterherd trifft und dorthin die Karbolsäure dirigiert. Die Injektionen werden nur einmal gemacht, und wird entweder ein hydropatischer Umschlag von Karbolwasser, oder ein Merkurialpflaster, oder ein Stück Heftpflaster aufgelegt.

Über stabiles Ödem, von Dr. Lassar. (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 15.) In der Sitzung der Berl. Mediz. Gesellschaft vom 16. März stellte L. zwei Patienten mit gedunsenem Gesicht, geschwollenen Augenlidern, starrem Ausdruck vor, die viel Ähnlichkeit mit Myxödem zeigten, indem die verstrichene und verschwommene Maskenähnlichkeit der Gesichter und die geringe Funktionsenergie der mimischen Gesichtsmuskulatur leicht zu dieser Diagnose hätten verleiten können, und dennoch handelt es sich nicht darum. Bei der 17jährigen Schneiderin, deren Gesicht von pastösem Blafs, stark geschwollen, glatt glänzend, die Lidspalte verkleinert, das Gesicht derb ist,

bildete sich der Zustand allmählich aus, indem seit 4 Jahren das Gesicht von öfters wiederkehrender Schwellung und Rötung befallen wurde und zwar in sehr kurzen, unberechenbaren Zeiträumen. Im ersten Jahr ging die Schwellung nach jedem Anfall zurück; allmählich aber blieb der Ödemzustand stabil. Diese rosenartigen Zustände gingen von einem Nasenpolypen und häufig aufgetretenem Nasenbluten aus, und unterschieden sich von Erysipel dadurch, daſs jedes Fieber fehlte und das Allgemeinbefinden nicht gestört war. Man darf sie lediglich als fortgeleitete Entzündungen, als lymphatische Transsudationen kollateraler Natur auffassen, welche gewöhnlich rasch resorbiert werden; folgen sich jedoch die Nachschübe zu rasch und häufig, so stellt allmählich der Resorptionsapparat seine Thätigkeit gänzlich ein und es kommt zum stabilen Ödem. Der zweite Patient, ein Gefängnisaufseher, wurde im Jahre 1866 verwundet; das Geschoſs war in die Weichteile am obern linken Schulterwinkel eingedrungen und muſste rechts am vorderen Rande des Cucullaris zwischen Mastoideus und Schlüsselbein herausgeschnitten werden. Mit dieser Verwundung hatte das Leiden nichts zu thun, sondern im Jahre 1870 war ein juckender Ausschlag am rechten Mundwinkel aufgetreten, der zu akuter Entzündung führte und mit heftiger Anschwellung des Gesichts und starkem örtlichen Hitzegefühl innerhalb 8—10 Tagen verging, um nach Zwischenräumen von 4—6 Wochen immer wieder zu erscheinen. Die Anfälle gingen jetzt meist von der unteren Lidgegend aus und hinterlieſsen einen Rest von Gewebsverdickung, der sich zu den früheren addierte und allmählich zu einer ganz grotesken Verunstaltung führte. Dabei hatten sich unzählbare dichte Netze variköser Gefäſsstämmchen neu gebildet, wodurch die gedunsene Haut ein buntscheckiges Aussehen erhielt. Mit feinen, stets neu geschliffenen Volkmannschen Dolchmesserchen wurden deshalb in mehr denn 30 Sitzungen viele ganz oberflächliche Skarifikationen gemacht, und ging die Abheilung unter dem absaugenden Einfluſs der porösen 2 %-Salicyl-Zink-Paste ohne Narbenspuren glatt von statten.

Ein seltener Fall von Herpes iris, von Prof. Dr. Köbner. (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 16.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 22. März stellte K. einen 31jähr. Patienten vor, der seit beinahe 8 Jahren an periodischen Ausbrüchen des Herpes iris leidet und seitdem bis vor 1 Jahre, als er zum erstenmal K. aufsuchte, wegen vermeintlicher Syphilis von den verschiedensten Seiten mit den forciertesten antisyphilitischen Kuren, darunter mit 4 Schmierkuren in Aachen, 2 solchen in Wiesbaden, behandelt worden ist, darunter einmal an letzterem Orte vor 6 Jahren mit 600 g Ung. Hydrarg. cin. binnen 2 Monaten; er ist seit Beginn seiner Kuren vor 7 Jahren mit einer Summe von 2745 g dieser Salbe eingerieben worden, ohne dadurch jemals für längere Zeit von seinen Eruptionen befreit worden zu sein. Die einzelnen Ausbrüche wechselten sehr an Intensität und Ausbreitung: an den Händen, Füſsen, Genitalien, Mundschleimhaut. Der jetzige hat Mitte Febr. wieder an den Handtellern begonnen, Anfang März auch die Genitalien bis zum After, die Mundhöhle, und Mitte März wenige Stellen

der linken Ferse und Fußsohle ergriffen. Überall hier sowie an den Genitalien, an den Handtellern und Beugeseiten der Finger ist die Anordnung im Bereich der betreffenden Hautnerven deutlich zu erkennen; an letzteren überwiegt die Eruption im Gebiete des N. medianus über das des N. ulnaris, und damit stimmt einerseits eine erhöhte elektrokutane Sensibilität in jenem gegenüber diesem (zum Unterschied von dem anders verteilten Kältegefühl) überein, teils geht damit eine lokale Hyperidrosis Hand in Hand. K. hält das Leiden deshalb für eine trophoneurotische Entzündungsform.

Ferner stellte K. einen außergewöhnlichen Fall von **Xanthelasma multiplex** bei einem 27jähr. Manne vor, dessen beide vordere und hintere Achselfalten bis in das Niveau der 4. Rippe von hunderten von beetartig angeordneten, meistens braunroten oder bläulichroten Xanthomknoten mit gelben Einsprengungen bedeckt sind; von da abwärts bis zu dem Rippenbogen sind die Seiten des Thorax bedeckt von gleichfalls regelmäßig gestellten, dunkelroten, flachen, linsengroßen, Angiomen gleichenden Flecken. Am Halse und Nacken weniger zahlreiche und nur flach erhabene tuberöse Xanthome. In der Hüftgegend beiderseits vereinzelte Xanthomflecke. Keinerlei an den Augenlidern. Keine Lebervergrößerung, nie Ikterus, kein Diabetes.

Zur Endoskopie der Urethra, von Dr. C. Posner. (*Berlin. klin. Wochenschr.* N. 16.) Unter dem Bilde der chronischen Gonorrhöe verstecken sich verschiedenartige Zustände, wie Polypen, Ulcerationen, Herpes etc., die bislang planlos mit Einspritzungen und Bougierungen behandelt wurden und die durch die direkte Besichtigung der erkrankten Schleimhaut leicht beseitigt werden können. Unbedingt ist nun auch für diese Zwecke das Elektroendoskop das vollkommenste Instrument. Da indessen noch viel Zeit verstreichen wird, bis die immerhin noch kostspieligen und überaus subtilen Elektroendoskope in aller Händen sind, so macht P. auf eine Methode aufmerksam, die imstande ist, das endoskopische Bild der Harnröhre dem mit jenen erreichten Resultaten ähnlich zu gestalten. Mit den Grünfeldschen Endoskopen sieht man zwar einige Details der Schleimhaut unmittelbar, aber ein wirklich plastisches Bild erhält man nicht, weil eben die aus der Ferne kommenden Lichtstrahlen nur in einer Richtung auftreffen und demgemäß auch nur in einer Richtung zurückgeworfen werden — es wirken nur die Achsenstrahlen, während sämtliche Randstrahlen durch die Innenwand des Instrumentes absorbiert werden. P. hat nun versucht, auch die letzteren mit zur Beleuchtung zu verwerten und zwar, indem er die Innenwand in eine hellspiegelnde Fläche verwandelte, wodurch auch die Randstrahlen nach vielfacher Reflexion schließlich auf die Bildfläche geleitet werden, so daß sie strahlenförmig von allen Seiten her auftreffen, so daß das Schleimhautbild vollkommen plastisch und naturgetreu wiedergegeben wird. Die Instrumente, die P. empfiehlt, bestehen ähnlich den Fergusson-schen Vaginalspiegeln aus Glasröhren, mit Amalgam belegt, welches außen mit einem schützenden schwarzen Lack umgeben ist. Im übrigem den gewöhnlichen (Grünfeldschen) Endoskop nachgebildet, tragen sie am Okular-

rande einen Trichter oder eine Steurersche Scheibe, sind 10—12 cm lang und haben ein Kaliber von 22—25 Charr. Das Visceralende ist leicht abgesägt oder senkrecht abgeschnitten und so stumpf, dafs das Instrument ohne Konduktor eingeführt, mithin auch bei der Untersuchung beliebig vor- oder rückwärts geschoben werden kann. Die hiermit erhaltenen Bilder lassen, selbst bei der Anwendung gewöhnlicher Petroleumlampen, an Helligkeit wie an Deutlichkeit kaum etwas zu wünschen. Diese Instrumente sind wesentlich nur für die Urethra anterior.

Über den Sitz der gonorrhoischen Infektion beim Weibe, von Dr Steinschneider. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 17.) Bei den jetzt gegenüberstehenden Ansichten über die gonorrhoische Infektion des Weibes hat St. auf der dermatologisch-syphilitischen Abteilung des Allerheiligen Hospitals in Breslau die Puellae publicae, welche von der polizeilichen Kontrole mit frischen venerischen Affektionen eingeliefert wurden, daraufhin untersucht und ist dabei zu folgenden Schlüssen gekommen: 1. In allen Fällen von gonorrhoischer Infektion wird zunächst die Urethra, in einem grofsen Teile derselben (in etwa 47 %) die Cervikalschleimhaut, in einer nicht unbedeutenden Anzahl (in 50 % der überhaupt Untersuchten) die Auskleidung der Gebärmutterhöhle, zuweilen die Bartholinischen Drüsen befallen. 2. In allen Fällen frischerer Gonorrhöe ist auch eine Urethritis gonorrhoica vorhanden. Mag das Sekret der Urethra auch zuweilen spärlich und nicht eiterig sein, es enthält dennoch Gonokokken. (Es gibt auch bei Frauen eine chronische Urethralgonorrhöe, indem wie bei Männern nur geringes Sekret abgesonders wird.) 3. Lange Zeit, nachdem die Gonokokken aus dem Urethralsekret verschwunden sind, können sie sich noch im Cervix und im Corpus uteri vorfinden, ohne unumgänglicher Weise den Fortbestand entzündlicher Affektionen dieser Teile im Gefolge zu haben. (Auch der Cervix uteri ist ein Hauptsitz der chronischen Gonorrhöe.) 4. In der Schleimhaut der Vulva und der Vagina siedeln Gonokokken bei Erwachsenen nicht an. Ihr Vorhandensein im Sekrete derselben ist wahrscheinlich nur darauf zurückzuführen, dafs sie von benachbarten, blennorrhoisch affizierten Schleimhäuten dahin gelangt sind. Ob diese Schleimhaut nur durch ihr dickes Plattenepithel vor der Invasion der Gonokokken geschützt ist, ob ihr saures Sekret das Fortkommen dieser Bakterien unmöglich macht, oder ob endlich die ungeheure Menge von andern Bakterien, welche die Vagina selbst unter normalen Verhältnissen bewohnen, die Tripperkokken verdrängen, möge dahin gestellt bleiben. Erwähnt sei nebenbei nur noch, dafs andre Diplokokken, deren Ansiedelung in der Vagina versucht wurde, daselbst nicht fortkommen zu können schienen.

Ein Fall von Salpingitis purulenta gonorrhoica mit gonokokkenhaltigem Eiter. — Exstirpation. Von Dr. E. G. Orthmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 14.) Zu dem einzig sichern Fall über das Vorkommen von Gonokokken im Tubeneiter von Westermark bringt O. einen auf der

Martinschen Klinik beobachteten, wo die Gonokokken nach Extirpation der Ovarien und Tuben im Eiter der Tuben gefunden wurden; im Gewebe selbst waren keine nachzuweisen.

Über die Neisserschen Kalomel-Öl-Injektionen, von Dr. Harttung. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 16.) Seit Anfang Juni 1886 wurden auf der Neisserschen Klinik Ölsuspensionen des Kalomel zu subkutanen Injektionen in Anwendung genommen und ergaben dieselben wesentliche Vorteile vor der Salzwasserlösung. Folgende Mischung: Calom. vap. parat. 1,0, Ol. olivar. pur. 10,0 (oder Ol. amygd.) wurde im ganzen bei 90 Fällen, von denen 40 der stationären Klinik, 50 der Poliklinik angehörten, angewandt, und zwar wurden die Injektionen, unter Berücksichtigung strenger Antisepsis, in der Bauchlage, um die Spannung der Glutaei möglichst zu verhindern, mit langen Kanülen gemacht. Durch diese Injektionen wurde nicht allein die Schmerzhaftigkeit ganz erheblich eingeschränkt, sondern auch fast jede Abscefsbildung vermieden; es ergab sich nämlich, dafs unter 225 Injektionen nur 6 Abscesse entstanden, während bei den Kalomel-Wasserinjektionen bei 1936 Injektionen 104 Abscesse aufgetreten waren. Was die Wirkung der Kalomelinjektionen auf die Syphilis betrifft, so ist der momentane Heilerfolg ein überraschend grofser, allein auch bei dieser Methode bleiben Recidive nicht aus.

Ein Fall von Initialsyphilis einer Tonsille, von Dr. Joseph Rabitsch in Kairo. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 17.) Krankengeschichte: 6. Juli 1877. Macedo annorum 42. nunquam aegrotus — Ulcus crateriforme ciceris grani magnitudine, circumvallatum, induratum in tonsilla sinistra — Infiltratio glandulae lymphaticae submaxillaris lateris ejusdem magnitudine mucis, fere indolens — Syphilis certa. — Cauterisatio cum arg. nitrico in bacillo — Kal. chloricum ad gargarisma — Emplastrum Hydrargyri. 25. Juli. Syphilidis generalis symptomata declarata. Scleradinitis universalis exanthema micropapulosum per totam cutem dispersum. Ulcus in tonsilla clausum. Induratio adhuc remanet. Glandula lymphatica submaxillaris sinistra magnitudine lupini, durissima. Ung. hydr. Ph. Austr. 3,0 d. d. gargarisma e Kal. chlor. 5,0 d. d. 15. Septbr. Fecit innunct. 42. Nulla symptomata praebet nisi hypertrophiam epitheliorum in angulis oris. — Sumat joduretum lixivae 2,0 d. d. per dies XXX. 25. Dezember. Papulae hypertrophicae madicantes in scroto Hg. cl. 1,0. $C_4H_5O_3$ 10 ad humectandas papulas cum penicillo. Hydr. praecipit. rubr. 0,2 in pilulis per dies XXX. 31. Januar 1878. Exfoliatio epitheliorum in angulo oris dextro. Praecipitati rubr. 0,25 in pilulis per dies XXX. 26. April. Hypertophia cum exfoliatione epitheliorum in angulo oris dextro in tonsillis et apice linguae. Praecipit. rubr. 0,3 per dies XXX. 24 Mai. Defluvium epitheliorum in angulo oris dextro. Praecipitat. rubr. 0,4 per dies XXX. 24. Septbr. Symptomata syphilidis nulla.

Über einen Fall von Lues universalis insbesondere des Zentralnervensystems, von Dr. Jastrowitz. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 15.)

Der Fall betraf eine 42jähr. Frau, welche aus erster Ehe zwei gesunde Kinder hatte, und deren zweiter Gatte im Jahre 1877 verschiedentlich an schwerer Syphilis behandelt wurde. Es ist nicht aufgeklärt, wann sie zuerst luetisch erkrankte. Im Februar 1881 soll sie am Gaumen gelitten haben und die Nase sank ein. Seit Ende 1885 traten zeitweise Anschwellung der Nase mit fötidem Ausfluſs aus derselben und starke Kopfkongestionen auf. Eine im Frühjahr 1886 dagegen gebrauchte Schmierkur, die sie anscheinend unvollkommen und schlecht selber an sich ausführte, war ohne Erfolg. Man fand sie mehrmals in ihrer Wohnung fast besinnungslos, zuweilen Unsinn schwatzend; im Sommer, seit Mitte Juli 1886 stellten sich Schwindel, heftige Kopfschmerzen, besonders zur Nachtzeit, und Sehstörungen ein. Am 4. Septbr. wurde sie in Maison de santé in Schöneberg wegen Psychose aufgenommen und hier konstatierte man auſser diesen noch eine Neuroretinitis; Hals-, Nacken- und Inguinaldrüsen waren geschwollen, Haut rein, runder Defekt im harten Gaumen nahe den Schneidezähnen, fötider, eiteriger Ausfluſs aus der Nase, deren Rücken eingesunken, Unebenheiten an dem kleinen runden Schädel, aber äuſserlich keine Narben, an der rechten Tibia eine kleine Auftreibung. Jodkali besserte den Allgemeinzustand und eine darauf angewandte Schmierkur von 8 Wochen mit Unterbrechungen brachte die Patientin so weit, daſs sie am 14. Novbr. das Krankenhaus verlieſs. Gegen Weihnachten trat wieder die Psychose auf und am 1. Febr. wurde sie wieder im Krankenhause aufgenommen, jedoch in einem derartigen Schwächezustande, daſs sie am 2. Febr. bereits starb. Die Obduktion ergab eine enorme Hyperostosis generelis neben kleinen Exostosen; an der Glabella auſsen eine groſse und charakteristische Narbe am Stirnbein. An der Dura und Pia geringe Veränderungen, keine Verwachsung; die Carotis interna auf dem Querschnitt etwas verdickt. Rechts im Corpus striatum ein Herd, der sich nach unten in eine dunkelgraurötliche gelatinöse Masse, die sklerotisch aussah und sich härtlich anfühlte, fortsetzte. Sehnerv zeigt auf dem Querschnitt eine ringförmige graue Verfärbung; am Pons ein bohnengroſser Herd rechterseits, dem sich ein kleinerer linkerseits anschloſs. Hirnstamm sehr blaſs; ebenso die Medulla spinalis. Die Pia des Rückenmarks stark verdickt; im Rückenmark und zwar nur auf die Hinterstränge allein beschränkt, grau verfärbte Stellen fast durch die ganze Länge desselben. Rechte Tibia uneben mit dem Periost verwachsen, ausgesprochene syphilitische Veränderung der Leber. Nieren parenchymatös verfettet.

Das Mollin, von Prof. O. Liebreich. (*Therapeutische Monatshefte.* No. 4.) Mit dem Namen Mollin wird eine Mischung von Kaliseife mit Fett bezeichnet. Eine genaue Vorschrift zur Darstellung des Mollin fehlt bis jetzt, es wird nur angegeben, daſs dasselbe eine um 17 % überfettete Kaliseife sei, welche aus Fett, Talg und Cochin-Kokosöl bereitet wird, und der etwas Glycerin hinzugefügt ist. Die Salbe stellt eine weiſse, geschmeidige Masse dar, von stark alkalischer Reaktion. Man kann es nach Liebreich folgendermaſsen

darstellen. Ein geschmolzenes Gemisch von 50 Teilen Kokosöl und 50 Teilen Fett wird mit Kalilauge (20 Teile Kali caustic. und 40 Teile Wasser) innig zusammen gerührt und dann sich selber einige Stunden überlassen. Nach dieser Zeit ist die Verseifung vor sich gegangen. Zu dieser Seife werden 17 % Fett, vorher geschmolzen, hinein gerührt. Dann kann noch Glycerin hinzu gemischt werden. Augenscheinlich ist die Idee zur Anfertigung dieser Seife durch die Angaben Unnas über überfettete Seifen entstanden. Die therapeutischen Vorteile sind aber illusorisch, da alle Glycerinfette, besonders wenn sie den Seifen beigemengt sind, die Tendenz zeigen, ranzig zu werden. Auch bei dem Mollin, im wesentlichen einer Kokos-Öl-Kali-Seife, ist daher das freie Alkali nicht vollkommen neutralisiert, aber die Wirkung des letzteren durch den Zusatz von überschüssigem Fett einigermafsen gemildert, indem einmal dadurch der Prozentsatz an freiem Alkali erniedrigt wird, dann aber auch eine Einhüllung des letzteren erfolgt. Die Wahl des Kokosfettes ist keine sehr günstige, da es mehr als andre Fette die Glycerinäther der niederen Fettsäuren, Buttersäure, der Kapronsäure etc. enthält und daher Salze dieser niederen Fettsäuren bildet, die einen reizen Einfluſs auf die Haut ausüben. L. schlägt daher vor:

Saponis Kalini	100,0
adde	
Adipis suilli leni calore liquefacti	50,0—80,0
Glycerini	10,0

Die Konsistenz ist etwas weicher, wie das Kokos-Öl-Mollin. Um das Ranzigwerden des Fettes zu vermeiden, läſst sich Lanolin statt des Fettes substituieren, und zwar würde sich folgende Vorschrift empfehlen:

Saponis Kalini	100
Lanolini sive	
Lanolini anhydrici liquefacti leni calore	50—100.

Wegen der ätzenden Wirkung des Mollins darf es auf Wunden und Schleimhäute nicht angewandt werden.

Berlin. L. Hoffmann.

Amerika.

Journal of cutaneous and veneral diseases. Vol. IV. No. 5.
(Fortsetzung des Referats aus No. 10.)

Bemerkungen über einen Fall von Lichen scrophulosus, von Wm. S. Gottheil. Diese bekanntlich sehr seltene Krankheit befällt nahezu ausschliefslich jugendliche Personen und zwar meist Kinder, und wird charakterisiert durch gröfsere oder kleinere, scharf begrenzte Gruppen von isolierten, bräunlichroten und schwach schuppigen, nadelkopfgroſsen Papeln, welche mehr oder weniger reichlich über den Körper verstreut sind. Nur in einem Falle von Tilbury Fox (*Trans. Lond. Clin. Soc.* V. XII.

pag. 190. 1879) waren die Papeln nicht zu Gruppen vereinigt, sondern regellos verstreut. Subjektive Erscheinungen fehlen. Sehr wichtig ist das regelmäfsige Vorhandensein mehr oder weniger deutlicher Symptome der, unter dem Namen Skrofulose zusammengefafsten, chronichen, entzündlichen Affektionen mit einer Neigung zu frühzeitiger Verkäsung oder des Zusammenhanges mit Tuberkulose. Dem entsprechend fanden sich in den vom Verf. zusammengestellten Fällen chronische Entzündung der Submaxillardrüsen, Lupus erythematosus und ausgesprochene phthisische Anlage in der Familie. In dem beschriebenen Falle zeigte die 9jährige, sonst vollkommen gesunde Patientin 10 ganz gleichartige Gruppen der charakteristischen Papeln mit völlig normaler Haut aufserhalb derselben. Akneknötchen und Kratzeffekte fehlten. Ein halbkreisförmiger, ca. 7 " langer Fleck zwischen Nabel und Schamgegend; über diesem in der Mammarlinie ein kleinerer; auf dem Rücken auf jedem Schulterblatt ein Fleck, mit einem Durchmesser von etwa 6 " und am oberen Rande durch einen Streifen von Papeln verbunden; ein andrer, irregulärer unmittelbar über der Schamspalte und 4 kleinere in der Höhlung des Rückens. Die Extremitäten sind, wie nahezu Regel, frei vom Ausschlag und nur neben dem rechten Ligamentum patellae findet sich auf jeder Seite desselben ein deutlicher, markstückgrofser Fleck. Bemerkenswert ist es, dafs an der Patientin keine Spur von Drüsenverhärtung oder Skrofulose aufzufinden, noch in deren Familie phthisische Anlage vorhanden ist. Die Flecke bestehen mindestens seit 2 Jahren, verursachten nur zuweilen leichtes Jucken und zeigten sich zuerst auf dem Abdomen, sich weiterhin langsam vergröfsernd. Kein einmal gebildeter Fleck ist wieder verschwunden. Bei mehrmonatlicher Beobachtung ohne Behandlung zeigte sich nicht die geringste Veränderung an den alten Papeln, noch erschienen neue. Unter dem innerlichen und äufserlichen Gebrauch von Leberthran bildeten sich die Papeln allmählich zurück und die Flecke verschwanden.

Die bullöse Form des Jodexanthems, von Prince A. Morrow. (Schlufs. Anfang s. pag. 420.) Nach dem Hinweis auf die beschränkte Litteratur dieser Form stellt Verf. in übersichtlicher Weise und nahezu vollständig die bisher beschriebenen Fälle zusammen. Während in dieser Hinsicht auf das Original verwiesen werden mufs, mag erwähnt sein, dafs der erste, wirklich authentische Fall von Dr. John O'Reilly mitgeteilt worden ist (*New York Medical Gazette.* Jan. 1854).

Verf. gibt nun auf der Basis dieses Materials folgende Charakteristik des bullösen Jodexanthems.

Hinsichtlich der zur Entstehung des Ausschlages nötigen Quantität des Jodpräparates scheint es meist nur auf die Idiosynkrasie oder Empfänglichkeit des Individuums anzukommen, während die dem Körper einverleibte Jodmenge gleichgültig ist. Zuweilen genügt sicher schon eine wesentlich kleinere Quantität, als zur Hervorbringung der gewöhnlichen, physiologischen Wirkungen des Mittels nötig ist. Die erforderliche Quantität schwankt demnach in den gesammelten Fällen von 1 Dosis zu 0,3 g, 2 Dosen zu 0,45 g,

3 Dosen à 0,9 g, bis zu 3,45—15,0 ja selbst 54,0 g. Nicht selten bedarf es einer grofsen Quantität, um den ersten Ausbruch des Exanthems zu erzielen, während die ferneren Wiederholungen immer weniger von dem Medikament erfordern.

Die Schnelligkeit der Entwickelung des Ausschlages entspricht gleichfalls der Prädisposition der Person und der Gröfse der Dosis. Meistens zeigt sich das Exanthem nach 3—6 Tagen, kann aber ausnahmsweise auch schon nach wenigen Stunden oder erst nach Wochen beginnen.

Die Lokalisation betreffend bevorzugt diese Form ganz besonders Gesicht, Hals und Dorsalfläche der Hände und Handgelenke; zuweilen befällt sie die Unterextremitäten, sehr selten den Stamm und ganz vereinzelt andre Körperstellen.

Die klinischen Symptome bestehen in erster Linie in der Entwickelung verschieden grofser Blasen (bullae), häufig mit Bläschen und kleinen Pusteln vermischt. Erstere entstehen durch rapide Gröfsenzunahme aus Bläschen oder Blasenpusteln und bleiben entweder isoliert oder verschmelzen mit benachbarten. Zuweilen entstehen sie aus Papeln, deren äufsere Ähnlichkeit mit dem Anfangsstadium der Variola noch durch die rapide Umwandlung zu Bläschen und die Neigung zu nabelförmiger Einsenkung erhöht wird. Gewöhnlich findet sich verschieden starke Verdickung und Infiltration der Haut, und die Blasen können einen entzündlichen Hof zeigen.

Die Gröfse der Blasen hängt natürlich davon ab, ob sie isoliert bleiben oder verschmelzen, in welch letzterem Falle sie eine enorme Gröfse erreichen können.

Die Gestalt der isolierten Blasen ist rund oder halbkugelförmig, dagegen unregelmäfsig oder bogig nach Verschmelzung.

Die anfangs bleiche oder gelbweifse Farbe wird später rötlich oder dunkelrot, selbst schmutzig blau.

Die Konsistenz der straff ausgedehnten Blasen ist fest, in 2 Fällen sogar soliden Tumoren ähnlich.

Der anfänglich klare Inhalt wird später trübe, seropurulent oder sanguinolent. Bei längerem Bestehen der Blasen kann er sich zu einem dünnen, blutigen und übelriechenden Eiter umwandeln. Mikroskopisch enthielt er rote und weifse Blutkörperchen, zum Teil degeneriert, sowie zahlreiche Vibrionen. Spuren von Jod konnten niemals aufgefunden werden.

Hinsichtlich der Dauer gilt auch für diese Exanthemform die Regel der Arzneiausschläge: „sublata causa, tollitur effectus.“ Die Schnelligkeit der Involution entspricht der Schwere und Ausdehnung der Läsion und der Widerstandsfähigkeit des Patienten. Die Blasen entleeren durch Bersten ihren Inhalt, welcher zu dünnen Krusten eintrocknet. Nach deren Ablösung bleiben pigmentierte Flecke zurück. Zuweilen findet sich eine geringe Ulceration unter den Blasen in den oberen Coriumschichten, welche leichte Narben hinterläfst.

In 5 von 9 Fällen fand Verf. gleichzeitig Herzkomplikationen, von denen 3 zugleich Nierenaffektionen zeigten. Während das Jod normaler Weise binnen 24 Stunden nach der Aufnahme durch die Nieren ausgeschieden wird, wird es bei Unwegsamkeit dieses Kanals länger in den Blutgefäßen zurückgehalten und kann so seine reizende Wirkung auf die Gewebe ausüben.

Den schwieriger zu erklärenden Einfluß der Herzaffektionen auf die Entstehung des Ausschlages vermutet Thin in einer Schwäche des Herzstoßes und hieraus resultierenden Verlangsamung des Kapillarkreislaufes in der Haut, wodurch das Jod Zeit gewinnt auf die Gefäßwände einzuwirken. Allein die verlangsamte Ausscheidung des Jods kann nach des Verfassers Ansicht unmöglich die Enstehung des Exanthems innerhalb weniger Stunden nach Einverleibung einer einzigen, geringen Dosis des Medikamentes erklären.

Die Mortalität ist thatsächlich gleich Null, denn der letale Ausgang einiger der aufgeführten Fälle ist zweifellos auf die vorhandenen, schweren Organerkrankungen zurückzuführen, womit der beträchtliche Zeitraum zwischen dem Verschwinden des Exanthems und dem Tode im Einklang steht.

Histologie. Nach Hallopeau liegen die Blasen im mittleren Teile des teilweis zerstörten Schleimkörpers. Die Blasenwände bestehen aus den stark hypertrophischen Hornschichten, dem Stratum granulosum und einem wechselnden Teil des Rete mucosum. Nach Thin bildet eine rauhe und sich teilweise auflösende Epidermis die Blasendecke. Nach alledem ist die Blasenbildung das Resultat einer Insulte der Gefäßwände innerhalb einer begrenzten Fläche, mit folgendem Austritt der Blutbestandteile, deren Druck die Bindegewebsbündel verdrängt, die Mucosa der Epidermis zerreißt, und welche sich unter der Hornschicht der Epidermis ansammeln. Demgemäß hängt die Größe der Blasen und die Beschaffenheit von deren Inhalt von dem Grade und der Ausdehnung der Gefäßwandläsion, sowie von der Größe der affizierten Gefäße ab.

In der Regel ist die Bläschenform des Ausschlages allein vorhanden und nur ausnahmsweise mit andern Formen gemischt. So sah Verfasser in einem seiner Fälle Papeln, Knoten, Furunkel, Bläschen, Pusteln und Blasen. Meist bilden Jucken und Brennen die Vorboten des Ausschlages, welcher von den gewöhnlichen, physiologischen Wirkungen der Drogue begleitet werden kann.

Von Wichtigkeit ist die Thatsache, daß dieser Jodausschlag mit Variola und Syphilis verwechselt werden kann infolge der kugelähnlichen Gestalt der Papeln, welche der Blasenbildung vorausgehen und dem Anfangsstadium der Variola gleichen, ferner wegen der Lokalisation und Neigung zur Nabelung. Die Absonderung der geborstenen Blasen mit Beimischung von Blut kann Krusten bilden, nicht unähnlich jenen der Rupia syphilitica. Nach Hydes Ansicht dürften sogar die seltenen, vesikulösen und bullösen

Läsionen bei acquirierter Syphilis durch den Gebrauch von Jodkali hervorgerufen werden. Ferner zeigt uns die auffallende Neigung dieses Ausschlages, sich bei Herz- und Nierenaffektionen zu entwickeln, wie notwendig bei solchen Kranken eine gewisse Vorsicht in der Anwendung des Jodkali sein dürfte.

Zum Schluſs stellt Verf. folgende Grundsätze auf:

1. Das bullöse Jodexanthem ist verhältnismäſsig selten.

2. Dasselbe bevorzugt Gesicht, Hals, Unterarme und Hände und befällt nur ausnahmsweise den Stamm und die Unterextremitäten.

3. Zwischen der Quantität des einverleibten Medikamentes und der Entwickelung des Exanthems scheint keine bestimmte Beziehung zu bestehen, da dasselbe sowohl nach einer einzigen, kleinen Dosis, als auch erst nach längerem Gebrauche groſser Dosen auftreten kann.

4. In den ersteren Fällen hängt die Wirkung des Medikamentes auf die Haut von der Idiosynkrasie ab, während bei der letzteren Art die Pathogenese dunkel ist.

5. Die Neigung des Exanthems, sich bei dem Vorhandensein von Herz- und Nierenkrankheiten zu entwickeln, läſst diese Zustände viel eher als bestimmende Ursache, denn als Zusammentreffen erscheinen.

6. Es darf hieraus wohl gefolgert werden, daſs bei dem Bestehen dieser Krankheiten eine gewisse Vorsicht in dem Gebrauch der Jodpräparate angezeigt ist.

[Ref. möchte im Anschluſs an diesen Aufsatz auf den Artikel von Prof. Dr. V. Janowsky in den *Monatsheften*. Bd. V. No. 10. Okt. 1886. pag. 445: Über seltenere Formen des Jod-Exanthems, hinweisen, da derselbe an die soeben referierte Arbeit anknüpft und neben einer Vervollständigung der von Morrow aufgeführten Litteratur die Beschreibung eines neuen, elbst beobachteten Falles enthält.]

Fall von Erythema venenatum, von Frederick W. Putnam. Dieser wegen der frappanten Ähnlichkeit mit Scharlach und der Gefahr einer falschen Diagnose interessante Fall betraf einen 5jähr. Knaben. Bei genauer Untersuchung des nach den gewöhnlichen Vorboten aufgetretenen Scharlachexanthems zeigte sich, daſs der Finger beim Zeichnen auf der Haut keine Linie zurückliefs und der Ausschlag sich nur bis zur Mitte des Halses und nicht auf die Schenkel erstreckte, sowie vor allem auf der Mitte des Halses rings um denselben durch eine Linie scharf begrenzt wurde. Diese Grenze entsprach dem oberen Rande eines neuen, billigen, roten Flanellunterhemdes, welches der Knabe 4 Tage lang getragen hatte und zweifellos die Ursache des Exanthems war, da letzteres schnell verschwand, als das Hemd beseitigt wurde. Die Schädlichkeit lag in der Farbe. Die Halsaffektion war jedenfalls ein zufälliges Zusammentreffen.

In der 162. Sitzung der New Yorker dermatologischen Gesellschaft (am 23. März 1886) stellte zunächst Dr. Jackson einen 35jährigen

Patienten mit **allgemeiner Chromophytosis** des Stammes und der Oberextremitäten, seit 5 Jahren bestehend, vor. Vollkommen normales Befinden bis auf die starke Schweifsabsonderung.

Dr. CAMPBELL demonstrierte 3 Fälle von **Stomatitis mercurialis** bei einer Frau und deren 2 Kindern, zweifellos entstanden durch das Waschen eines von der Patientin gekauften Flanellstückes, welches vorher zum Einwickeln von Spiegeln gedient und so das Quecksilber aufgenommen hatte.

Dr. TAYLOR stellte einen 57jähr. irischen Arbeiter vor wegen einer **besonderen Verfärbung der Haut bei vorhandener Lebercirrhose**; derselbe war seit 20 Jahren dem Trunke ergeben und den Unbilden des Wetters stark ausgesetzt gewesen. Die Leber war stark verkleinert, die Milz um das doppelte vergröfsert. Vor einem Jahre stellte sich Schwellung der Füfse und Unterschenkel, sowie Erschwerung des Gehens ein. Zugleich trat auf dem mittleren Teil der Unterschenkel eine Pigmentablagerung in Gestalt eines irregulären, zusammenhängenden Fleckes ein, während die übrige Haut der Füfse und Unterschenkel etwas dunklere Färbung annahm. Diese Pigmentierung war nichts Ungewöhnliches, denn sie findet sich häufig genug bei chron. Ödem dieser Teile, sowie nach Ekzem und Varicen. Die aufsergewöhnliche Verfärbung begann über jeder Patella und erstreckte sich auf der inneren Schenkelfläche nach aufwärts bis zum unteren Skrotalrande. Die Venenwandungen waren verdickt durch die Haut zu fühlen. Ein brauner Fleck auf der Patella hängt mit demjenigen der inneren Schenkelfläche zusammen; durch Einlagerung von unregelmäfsig gestalteten Flecken normaler Haut gewinnt die Veränderungen an letzteren Stellen das Aussehen deutlicher Maschen oder eines Netzwerkes, in welchem aber die verfärbte Haut überwiegt. Die dunkle, bräunlich-schwarze Farbe der Läsionen am Knie nimmt nach der Peripherie der Flecke allmählich ab. Die Ursache dieser Pigmentablagerung sucht Verf. in einer gehemmten Zirkulation durch Erkrankung innerer Organe und hierdurch entstehenden Stase und glaubt, dafs die Haut von dem Farbstoff des aus den Gefäfsen getretenen Blutes durchsetzt wird. —

In Dr. ROBINSONS Fall von **Keratose der Nägel** besteht die Verdickung derselben seit dem 2. Lebensjahre des 26jährigen Patienten und erreichte an den Händen teilweise das enorme Mafs von $^3/_4$ Zoll. An den Seiten- und Vorderrändern finden sich daselbst überdies papillomaähnliche Wucherungen. An beiden Fersen starke Verdickung und Maceration, tiefe Fissuren darstellend; auch starke Schweifssekretion.

BRONSON weist auf die Ähnlichkeit dieses Falles mit der von UNNA beschriebenen und offenbar zur Vererbung geneigten Art hin. Während diese Affektion in höherem Alter nicht gerade selten ist, hat er sie noch niemals in so früher Jugend gesehen. — Dr. LUTZ, als Gast aus Deutschland anwesend, konstatiert aus eigner Anschauung die gleichzeitige Verdickung der Handflächen in den UNNAschen Fällen, sowie das Vorhandensein pigmentierter

Flecke. Der vorliegende Fall unterscheide sich gegenüber der unregelmäfsigen Verdickung der Onychogryphosis durch die Regelmäfsigkeit der Läsion. Wegen dieser Eigentümlichkeit und der Glätte der Nagelfläche wurde, wie Robinson bemerkt, der Fall gezeigt. Wo keine Reibung stattfindet, entstehen durch Hypertrophie der Papillen die papillomatösen Wucherungen Zur Behandlung der letzteren schlägt R. Acidum nitricum, Morrow dagegen Acid. salicylicum lokal vor.

Dr. Sherwell präsentiert ein 16jähr. Mädchen mit angenommenem **Lupus des Larynx**; hierauf

Dr. Robinson eine scharf begrenzte, leicht hervorragende Hautaffektion an der linken Schulter eines 5 Monate alten Kindes. Dieselbe — von ihm als **Nerve Naevus** bezeichnet — erstreckt sich nach abwärts über die Beugefläche des Armes, entstand bald nach der Geburt und zeigt eine dunkelbraune Farbe. Dr. Lutz hält die Bezeichnung Nävus nur bei einem gewissen Gefäfsreichtum für berechtigt, und findet im vorliegendem Falle das Bild sowohl eines Keloids als auch eines Pepilloms.

Das von Dr. Allen vorgestellte **wuchernde Syphiloderma des Gesichts** — bei einer ca. 40jähr. Farbigen — bestand in einer enormen, blumenkohlartigen Entwickelung der Nase mit Schrunden, Ulcerationen und schmutzigen Krusten, sowie widrigem Geruch. Es begann vor 2 Jahren mit einem Blütchen im Nasenloch. Wie ihr Mann gesund war, so ist auch sie niemals krank gewesen und will nie ein Zeichen von Syphilis bemerkt haben. Gemischte Behandlung und Merkurialpflaster örtlich, 1 Monat lang gebraucht, hatten einigen Nutzen. Ausgesprochene Besserung wurde durch Aufpinseln von Pyrogallolkollodium (2,5 : 30,0) mit gleichzeitiger fortgesetzter gemischter Behandlung erzielt. Beim Aussetzen dieser Mittel trat jedoch wieder Verschlimmerung ein, welche bei Wiederaufnahme der Kur beseitigt wurde. Wegen eintretender Magenbeschwerden mufste die gemischte Behandlung aufgegeben und Pyrogallol allein gebraucht werden, wobei die Besserung noch deutlichar war als unter der ersteren.

Als besonders interessant hebt A. hervor, dafs 2 Monate lang nur Pyrogallol angewendet und die Krankheit hierdurch allein fast geheilt wurde. Es frage sich nun, ob Syphilis durch lokale Behandlung allein so gebessert worden wäre, oder ob das günstige Resultat der gemischten Behandlung zuzuschreiben sei, welche während des Gebrauches keine Besserung der Nase erzielte. Bei einer früheren Vorstellung im Dezbr. 1885 glich die Läsion auffallend einem Lupus, und auch der Mangel spezifischer Thatsachen, sowie andrer Symptome und Läsionen machte sie einem Lupus hypertrophicus sehr ähnlich. Jetzt nach 3 Monaten zeigt sich Pat. wieder mit der von neuem entwickelten, warzigen, üppigen Wucherung auf den Seiten der Nase und Ulceration in den Nasenlöchern. Es bestehen jetzt Knochenschmerzen an dem Kopf, der Brust und den Beinen, namentlich des Nachts, sowie bei Druck und Erschütterung, ferner Schmerzen im Hals und am

Gaumen. Am weichen Gaumen eine wahrscheinlich gummöse Stelle mit beginnender Ulceration. Diese früher fehlenden Symptome müssen nunmehr jeden Zweifel an der Diagnose beseitigen. —

Der Abschnitt Korrespondenz betrifft diesmal die Dermatologie und Syphilographie Frankreichs.

L. Brocq bespricht zunächst die **Pathogenese der Dermatosen**, namentlich mit Berücksichtigung der Untersuchungen M. Gautiers und dessen Entdeckung der sog. Leukomaïne. Analog den Arzneiexanthemen und deren Entstehung durch Aufnahme des betreffenden Medikamentes in den Kreislauf, mit folgender Einwirkung auf das Nervensystem oder direkt auf die Haut, glaubt der Verf., in Übereinstimmung mit Dr. Barthélemy, dafs eine grofse Zahl von Exanthemen, namentlich hartnäckige und wiederkehrende Ekzeme — so häufig bei Gichtkranken — auf eine Anhäufung von Produkten unvollständiger Assimilation, welche dem Organismus unbedingt schädlich sind, in dem Blute solcher Patienten zurückzuführen sind. In Übereinstimmung hiermit und entsprechend den kürzlich nachgewiesenen, nach dem Tode im Körper entstehenden toxischen Alkaloiden — Ptomaïne genannt —, hat Gautier eine analoge Bildung von mehr oder weniger toxischen, event. schädlichen Alkaloiden im lebenden Körper — die Leukomaïne — nachgewiesen. Werden diese nicht durch den Sauerstoff des Blutes, der durch Elimination durch die Nieren oder den Darmkanal zerstört, so können sie ebenfalls durch Anhäufung Veranlassung zur Krankheitsentwickelung geben. Hindert irgend eine Ursache die Hämatose oder verringert sie die oxydierende Kraft der Hämatica, oder wird die Thätigkeit der verschiedenen Ausführungswege des Körpers gestört, so wird das mit toxischen Stoffen überladene Blut sehr bald fähig sein, die Entstehung eines artifiziellen Ausschlages zu fördern — in derselben Weise, wie wenn es durch Aufnahme eines Medikamentes beeinflufst wird.

Hinsichtlich dieser Pathogenese schlägt Verf. die Einteilung der nach ihrer Entstehung genau bekannten Hautkrankheiten in folgende 4 Hauptklassen vor:

1. Artifizielle Exantheme mit mechanischer, äufserer Ursache oder direkt veranlafste Eruptionen.

2. Artifizielle Exantheme durch innerliche Ursache oder indirekt verursacht, entstehend durch Aufnahme von Nahrungsmitteln oder schädlichen medikamentösen Substanzen.

3. Exantheme verursacht durch schädliche Einwirkung der Leukomaïne auf das Blut und die Ökonomie des Körpers.

4. Exantheme parasitischer Natur, verursacht durch tierische oder pflanzliche Parasiten und Mikroben, besonders Bacillen.

Nach Verf.s Ansicht wird die Theorie der Mikroben durch die Entdeckung der Leukomaïne nicht verdrängt, es werden sich vielmehr beide ergänzen. Keine von diesen Theorien kann alles erklären; mit Hilfe beider

erscheint die Pathogenese fast sämtlicher Krankheiten klar, logisch, rationell und auf nahezu unerschütterlicher Basis begründet. —

Diese Ansicht über die Rolle der Leukomaïne bei der Entstehung von Dermatosen vertritt Brocq auch in dem nächsten Artikel — **Ekzem bei der Gicht**, indem er zugleich einen Aufsatz Dr. Delingys über dasselbe Thema (*Union Médicale*) in beifälligster Weise bespricht. Letzterer ist von dem Vorhandensein unbestreitbarer Beziehungen zwischen gewissen Hautkrankheiten und gewissen allgemeinen Zuständen, besonders arthritischer Natur, überzeugt, da er einen deutlichen Wechsel zwischen Hautausschlägen und Affektionen innerer Organe, Bronchitis, Gelenkrheumatismus, Neuralgien etc. beobachtet hat. Nach seiner Erfahrung wird das Ekzem bei Gicht nicht eher chronisch und hartnäckig, bis sich deutliche Verdauungsstörungen zeigen, also in dem Alter von 25—35 Jahren. Es gilt nun zu untersuchen, ob die Verdauungsschwäche nicht die Entwickelung der erwähnten schädlichen Elemente im Körper begünstigt. Das Ekzem bei Gicht zeigt überwiegend trockene, squamöse, zirkumskripte — besonders scheiben- oder kreisförmige — Läsionen, betrifft häufiger Männer als Frauen und bevorzugt den Kopf und Anus. Was die Behandlung anbetrifft, so hält er die alkalische Medikation für die aussichtsvollste, während sie bei dem Ekzem Rheumatischer häufig erfolglos bleibt.

Weiter bespricht Brocq 2 Aufsätze von Dr. du Cazal und Boutonnier über die **Behandlung von Psoriasis mit Chrysophansäure** (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaire*), welche nichts Neues bringen. Ein radikales Heilmittel dieser Krankheit kann nach seiner Ansicht nur in der internen Behandlung gefunden werden, da mit der Beseitigung der Psoriasisflecke die Heilung noch keineswegs vollständig sei und selbst die neuen Mittel die Wiederkehr des Ausschlages nicht sicher verhindern könnten. —

Die zunächst referierte Arbeit von Dr. Martineau über **Pruritus vulvae** (*Annales Médico-Chirurgicales*) gibt keine Veranlassung zu eingehenderer Besprechung. Es sei nur erwähnt, dafs Verf. die genaue Feststellung der Ursache für das Richtigste hält, um die erfolgreichste Behandlung zu bestimmen. Die therapeutischen Mittel des Verf.s dürften durch die Einführung des Kokains nahezu überflüssig sein. —

Gröfseres Interesse bietet das Referat über einen Aufsatz von Dr. A. Bourgeois, die **Behandlung der Gonorrhöe mit antiseptischen Einspritzungen** (*Arch. de Médic. et de Pharm. Militaires*). Seit der Entdeckung der Gonokokken als Ursache dieser Krankheit ist es unsre Aufgabe, ein hinreichend energisch wirkendes, aber durchaus unschädliches Mittel zu finden, welches diese Parasiten sicher vernichtet. Diesen Ansprüchen genügen nach Ansicht des Verf.s das Kali hypermanganicum (von ihm verwendet in einer Lösung 1 : 2000), das Hydrargyrum bichloratum corrosivum (1 : 2000) und Chininum sulfuricum (1 : 100), womit 3 Injektionen im

Laufe des Tages und — was unerläfslich ist — eine während der Nacht gemacht werden sollen. Etwas sonderbar erscheint der Vorschlag, die Lösung zu färben, um die in die Urethra eingedrungene Quantität besser bestimmen zu können. Das weitere, von Bourgeois empfohlene Verfahren besteht in der Einführung eines cylindrischen Gummibougies — an beiden Enden offen und ohne seitliche Öffnungen — von mittlerer Stärke und mit Jodoformsalbe (1 : 20) bestrichen. In dieses wird eine ca. 8,0 g fassende Glasspritze eingesetzt und nun deren Inhalt langsam entleert, während das Bougie allmählich zurückgezogen wird. Dies soll 2—3 mal in 20 Stunden wiederholt werden. [Ref. kann nicht entdecken, in welcher Hinsicht dieses Verfahren etwas Neues sein soll, denn thatsächlich ist es nichts Andres als die genaue Nachahmung des Ultzmannschen Harnröhreninjektors, eventuell eine Verbindung desselben mit dem Irrigationskatheter (cf. *Monatshefte*. Bd. IV. pag. 160) und bietet nicht den geringsten Vorteil vor diesen.]

Schliefslich werden 2 Aufsätze von Gaillard erwähnt über die **gastrische Syphilis** in Form von ulcerösen Läsionen (*Arch. Générales de Médécine*. Jan. 1886) und über die **Beziehung zwischen englischer Krankheit und hereditärer Syphilis** (*France Médicale*. 4. Jan. 1886), in welch letzterem die englische Krankheit, entsprechend der Forderung Parrots, für eine Erscheinung der hereditären Syphilis erklärt wird.

Unter kleinere Mitteilungen empfiehlt Mauriac bei **syphilitischer Psoriasis** der Hohlhände und Fufssohlen eine Salbe aus: Ol. cadini, Ungt. hydrargyri a 7,5 Vaselini 30,0.

Prof. Ball bekämpfte **akute Vaginitis** erfolgreich mit Suppositorien aus 4,5 Kopaïv und Kakaobutter und 0,045 Opium, welche 12 Stunden liegen bleiben können. (*Bull. Gén. de Thérapeutique.*)

Leipzig. Th. A. Kirsten.

---

60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden.

Ferner angemeldete Vorträge:

Behrend (Berlin): Über Areahaare und über die Aplasia pilorum moniliformis.

Boer (Berlin): Thema vorbehalten.

Doutrelepont (Bonn): Thema vorbehalten.

Oberländer (Dresden): a. Über papilläre Entzündung der Harnröhrenschleimhaut.

b. Einige Veränderungen an der Vaginalschleimhaut bei mit chronicher Gonorrhöe behafteten Prostituierten.

c. Über Behandlung der chronischen Gonorrhöe mit Galvanokaustik und Intraurethrotomie.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Ferrari u. Asmundo. *Sull' Assorbimento del Mercurio metallico per la Pelle.* (Gazetta degli Ospitali. No. 81 e 82. 1886.)

Letzel. *Beiträge zur Therapie des Eczems.* (Allg. med. Central-Zeitung. 1886. No. 4 u. 5.)

v. Klein. *Rhinology in the Past and of the Future.* (Journal of the American Medical Association. 1886. Decbr. 18.)

Gatzen. *Über Erysipele und erysipelartige Affectionen im Verlaufe der Menschenpocken und der Impfkrankheit.* (Inauguraldissertation. Bonn 1887.)

Schadek. *Bemerkungen über 70 Fälle von Erysipel.* (St. Petersburger mediz. Wochenschrift. 1887. No. 2.)

— *Ein Fall von Dermatitis herpetiformis.* (Ebenda. 1886. No. 52.)

— *Contribution à la casuistica de la epididymitis sifilitica.* (Revista especial de Oftalmiologia, Dermatologia, Sifilografia.)

Ziem. *Zur Behandlung des Schlangenbisses.* (Allg. med. Central-Zeitung. 1886. No. 94.)

Landois. *Über die Erregung typischer Krampfanfälle nach Behandlung des centralen Nervensystems mit chemischen Substanzen unter besonderer Berücksichtigung der Uraemie.* (Wiener med. Presse. 1887.)

Lustgarten. *Das Cocain in der Behandlung der Hautkrankheiten und der Syphilis.* (Wiener med. Wochenschrift. 1887. No. 12.)

Schadek. *Die innerliche Anwendung von Hydrargyrum tannicum oxydulatum.* (St. Petersburger medizinische Wochenschrift.)

v. Mosetig-Moorhof. *Zur Therapie der Verbrennungen.* (Wiener medizinische Presse. 1887.)

Otte. *Beitrag zu Hutchinsons syphilitischer Zahndifformität.* (Berliner klinische Wochenschrift. 1887. No. 6.)

Kopp & Chotzen. *Über die subcutane Anwendung des Calomel bei der Syphilisbehandlung.* (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1886.)

Kopp. *Über die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen.* (Münchener medizinische Wochenschrift. 1887. No. 6.)

Virchow. *Über Myxoedema.* (Berliner klinische Wochenschrift. 1887. No. 8.)

Pfeiffer. *Ein neuer Parasit der Pockenprozesse.* (Correspondenz-Blätter des allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 1887. No. 2.)

Waldeyer. *Über den Placentarkreislauf des Menschen.* (Sitzungsberichte der kgl. preuss. Akademie der Wissenschaften. 1887. No. 6.)

Neumann. *Über die verschiedenen Reproduktionsherde des syphilitischen Virus.* (Wr. mediz. Wochenschrift. 1887. No. 8 u. 9.)

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 12. 15. Juni 1887.

Aus dem städtischen Spitale in Travnik.

Helkose links — Bubo rechts. — Allgemeine Syphilis.

Von

Dr. Leopold Glück,

Kreisarzt und Spitalsleiter in Travnik (Bosnien).

Den 18. Mai 1886 stellte sich mir der Volksschullehrer Markus M. in meinem Ambulatorium mit einem erbsengrofsen Geschwüre am Rande des Präputiums linkerseits vor. Dasselbe hatte steile gleichmäfsige Ränder und einen mit festhaftendem grünlichgelben Eiter belegten, nicht indurierten Grund. Die Haut in der Umgebung gerötet. Das Geschwür war bei Berührung schmerzhaft. Die Leistendrüsen nicht geschwellt.

Patient gibt an, das letzte mal am 9. Mai koitiert zu haben und will 4 Tage darauf, d. i. den 13. Mai, die Wunde am Gliede zum erstenmal bemerkt haben.

Da die angebliche Infektionsquelle eine Prostituierte war, welche ich zweimal wöchentlich visitierte, so war eine Konfrontation leicht möglich. Dieselbe bestätigte die Angaben des Pat. bezüglich des Coitus. Die Untersuchung derselben ergab jedoch ein vollkommen negatives Resultat, da an ihr keine Spur einer venerischen noch syphilitischen Affektion aufgefunden werden konnte. Ich mufs gleich hier hinzufügen, dafs diese Person noch weiterhin zweimal wöchentlich durch drei Monate untersucht wurde, in dieser Zeit jedoch geschlechtlich gesund blieb.

Ich verordnete dem Pat. zweimal täglich lauwarme Gliedbäder und in zweiprozent. Karbolsäurelösung getränkte Wattebäuschchen gegen das Geschwür.

Am 22. Mai erschien Pat. wieder, und konstatierte ich eine mäfsige schmerzhafte Schwellung einer Drüse in der rechten Leistenbeuge. Das Geschwür war etwas reiner, im übrigen aber unverändert. Die Drüsen linkerseits nicht geschwellt. Ich verordnete ruhige Bettlage und folgende Salbe gegen die Drüsenschwellung:

℞ *Jodi puri* 0,20
Kali hydrojodici 2,00
Ung. emoll. 20,00
S. Früh und abends einzureiben.

Da das Schuljahr seinem Ende nahte, konnte sich Patient, als Lehrer, nicht schonen und kam derselbe am 15. Juni in das Spital mit folgenden Erscheinungen: Links am Rande des Präputiums befindet sich ein 3 mm im Umfange haltender Hautdefekt mit steilen, geröteten Rändern und einem mäfsig belegten, vertieften Grunde. Von einer Induration ist nichts zu fühlen. In der rechten Leiste ist eine Drüse bis taubeneigrofs, bei Bewegung und Berührung schmerzhaft. Die Haut über derselben gerötet, glänzend und geschwellt. Die Lymphdrüsen linkerseits in der Leistengegend nicht durchzufühlen. Patient ist 21 Jahre alt, gut gebaut und gut genährt, ohne Spur eines bestehenden oder abgelaufenen Allgemeinleidens. Therapie: zweimal tägliche Gliedbäder und Jodoformpulver gegen das Geschwür, auf die entzündete Drüse Eisumschläge.

Der weitere Krankheitsverlauf gestaltete sich folgendermafsen:

18. Juni. Geschwür gereinigt, an der Drüse eine Spur von Fluktuation bemerkbar. Warme Umschläge.

20. Juni. Fluktation deutlich. Punktion der Drüse und Druckverband.

24. Juni. Die Ränder der Punktionswunde unterminiert, Eröffnung des Bubo und Abtragung der Ränder. Bei der Eröffnung entleeren sich gegen 25 g Eiter. Das Geschwür am Gliede vernarbt. Narbe weich, etwas deprimiert und rötlich verfärbt. Jodoformverband.

1. Juli. Drüsenwunde granuliert schön, unterhalb derselben eine Drüse bis bohnengrofs, hart, beweglich und nicht schmerzhaft; drei Drüsen in der linken Leiste gleichfalls geschwellt.

2. Juli. Gestern Abend hat Pat. einen 20 Minuten dauernden Schüttelfrost gehabt. Heute Pat. appetitlos, Puls 92, Temperatur 37,8 ° C., abends Temperatur 39,1 ° C., Puls 112, Pat. etwas unruhig.

3. Juli. Wunde granuliert gut, keine Eitersenkung. Temp. 38,0 ° C., Puls 96. Milz unter dem Rippenbogen durchfühlbar. Abends T. 38,7 ° C., P. 102.

4. Juli. Vereinzelte leicht wegdrückbare, linsengroſse Flecke am Stamm. T. 37,8 ° C., P. 96, abends T. 38,9 ° C., P. 102. Schmerzen beim Schlucken. Am rechten vorderen Gaumenbogen eine bohnengroſse, weiſsliche Trübung des Epithels. Pharyngitis levis.

5. Juli. Syphilis cutanea maculo-papulosa. Condyloma latum ad arcum palatoglossum dextrum. Angina specifica. Adenitis indolens inguinalis et cervicalis. Die Wunde im Beginne der Vernarbung. Die Narbe am Präputium weich. Therapie: Unguent. hydrarg. 2,00 pro dosi zu Einreibungen. Gurgelwasser aus 10,00 Kali chlor. auf 500,00 Wasser. Jodoformverband.

7. Juli. An der rechten Mandel ein Kondylom aufgetreten. Puls und Temperatur normal.

12. Juli. Ausschlag unverändert. Kondylome im Schwinden. Vernarbung der Wunde schreitet fort.

18. Juli. Ausschlag beginnt zu verblassen; die geschwellten Drüsen etwas kleiner. Wunde nahezu vernarbt. Die Narbe am Gliede nach dem Geschwüre weich.

23. Juli. Ausschlag nahezu abgeblaſst.

26. Juli. Ausschlag geschwunden, die Wunde vernarbt.

30. Juli. Patient wird mit unbedeutenden Drüsenschwellungen in den Leisten und am Nacken als dermalen geheilt aus dem Spitale entlassen. Die Narbe nach dem Geschwür am Gliede ist weich.

Dieser Syphilisfall ist meines Dafürhaltens in mehrfacher Hinsicht für den Arzt interessant. Vor Allem ist es die Infektionsweise, die unsre Aufmerksamkeit auf sich lenkt. Sowohl der Kranke, als auch die Prostituierte geben den Coitus am 9. Mai zu, ja noch mehr, der Patient, welcher absolut keinen Grund hatte, mir die Wahrheit zu verheimlichen, behauptet, daſs

er seit mehreren Monaten keinem andren Weibe beigewohnt hatte, und auch die Prostituierte bestätigte, dafs der Patient seit längerer Zeit ihr häufiger Gast war. Und doch ergab die Konfrontation ein negatives Resultat.

Da ich keinen Grund habe, die mit aller Bestimmtheit gemachten Angaben des Pat. zu bezweifeln, so sehe ich mich veranlafst anzunehmen, dafs wir es hier mit einem Falle von sogenannter mittelbarer Infektion zu thun hatten.

Diese Infektionsweise ist keine alltägliche, jedoch auch nicht aufserordentlich selten; insbesondere wenn man berücksichtigt, dafs andre Infektionskrankheiten, wie z. B. die Blattern, Masern, Cholera etc., erwiesenermafsen nicht selten durch gesund bleibende Zwischenträger weiter verbreitet werden. Von der Syphilis wufsten es bereits Ärzte des 16. Jahrhunderts, wie dies der von LANG[1] citierte Satz des CATANEUS zur Genüge beweist, dafs sie durch mittelbare Infektion, wobei gesund verbliebene Personen die Vermittler bildeten, sich weiter verbreiten kann. Der viel citierte Fall RICORDS, in welchem eine junge Ehefrau ihrem Manne mit dem infizierten Hausfreunde die Treue bricht, und ohne selbst zu erkranken, den armen betrogenen Mann mit der Syphilis beschenkt, ist ein weiterer Beweis, dafs die mittelbare Infektionsweise nicht so selten ist, als sie die meisten Handbücher zu bezeichnen pflegen.

Die zweite auffällige Thatsache in diesem Falle war der Eintritt der akuten Leistendrüsenentzündung rechterseits, bei linksseitigem Sitze des Geschwüres. Dreizehn Tage nach der Infektion tritt die Schwellung einer Drüse an der dem Geschwüre entgegengesetzten Seite auf und erst fünfundfünfzig Tage nach der Infektion schwellen auch die Drüsen der dem Sitze des Geschwüres entsprechenden Seite an. Zwar sind BÄUMLER[2] und LANG[3] der Ansicht, dafs „bei den mannigfachen Anastomosen der Lymphgefäfse dieser Gegend“ die Bubonen „gar nicht selten an der dem Sitze des infektiösen Affektes entgegengesetzten Seite

[1] LANG, *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.* Wiesbaden 1886. pag. 76.

[2] *v. Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie.* III. Bd. 1 Tl. Syphilis, von BÄUMLER. Leipzig 1886. pag. 122.

[3] a. a. O. pag. 106.

erscheinen", ich muſs jedoch auf Grund der eignen Erfahrung der Ansicht ZEISSLS[4] vollkommen beistimmen, wonach die Drüsenschwellung nur ausnahmsweise an der entgegengesetzten Seite auftritt.

Auſser in dem besprochenen Falle, habe ich bis jetzt nur einmal ein ähnliches Verhalten der Lymphdrüsen zu einem syphilitischen Primäraffekte bei einem Gendarmen im Jahre 1882 zu sehen Gelegenheit gehabt.

Am 19. April 1882 hatte ich im Orte K. des Bezirkes Tesani eine dienstliche Verrichtung, zu der mir der Gendarmerieposten zwei Mann als Assistenz beizustellen hatte. Der Postenkommandant meldete mir aber, daſs er auſser einem kranken Manne niemanden am Posten habe und daher auch nicht in der Lage sei mir die gewünschte Assistenz beizustellen. Ich untersuchte den kranken Mann und fand in der rechten Leistengegend drei bis haselnuſsgroſse und bei Berührung mäſsig schmerzhafte Lymphdrüsen. Im Sulcus retroglandularis links ungefähr in der Mitte zwischen dem Bändchen und dem Dorsum penis befand sich ein bohnengroſser Defekt, der aufgeworfene Ränder, einen rötlich glänzenden, wie lackierten und wenig sezernierenden Grund hatte. Dieses Geschwür war in eine scharf begrenzte, nahezu knorpelharte Induration eingebettet. Im übrigen waren am Körper keine Veränderungen bemerkbar. Die Infektion sollte vor 5 Wochen stattgefunden haben, und war das Geschwür vor ungefähr 3 Wochen aufgetreten. Der Mann wurde dem k. k. Truppenspitale in Maglaj zur Behandlung übergeben, und dort erfuhr ich von dem behandelnden Arzt, daſs der Kranke allgemeine Syphilis durchgemacht habe.

In der Krankengeschichte habe ich ausdrücklich hervorgehoben, daſs das Geschwür bei dem Pat. M. weder in den ersten Tagen nach seinem Auftreten, noch im weitern Verlaufe, noch endlich nach der Vernarbung irgend eine Spur von Induration gezeigt hat. Die Vereiterung einer Leistendrüse, wenn auch an der dem Sitze des Geschwüres entgegengesetzten Seite,

[4] ZEISSL, H. u. M., *Lehrbuch der Syphilis etc.* 4. Auflage. Stuttgart 1882. pag. 328.

während des Bestandes desselben, wiegte mich in Sicherheit, dafs ich es in diesem Falle mit einer einfachen Helkose zu thun habe.

Der Eintritt des Fiebers am 1. Juli machte mich stutzig und das umsomehr, als ich hierfür weder in dem Zustande der Drüsenwunde, noch in dem der innern Organe eine Erklärung fand.

Der Eintritt der Milzschwellung am 3. Juli und das darauf folgende Auftreten des Hautausschlages, sowie der andern Syphiliserscheinungen haben mich einigermafsen überrascht. In den Anschauungen des Dualismus auferzogen, konnte ich kaum meinen eignen Augen trauen, dafs nach einem mit akutem Bubo komplizierten weichen Schanker allgemeine Syphilis aufgetreten sei.

Bis jetzt war ich überzeugt, dafs die Induration ein pathognomonisches Zeichen für den syphilitischen Primäraffekt sei, der obige Fall hat mich aber belehrt, dafs der Mangel derselben keineswegs zu einem Schlusse auf die Folgeerscheinungen berechtigt, oder mit andern Worten: Es ist möglich, dafs nach einem exquisit weichen Geschwüre die Syphilis auftreten kann.

Mitteilungen über Lepra.

Nach in Brasilien gemachten Beobachtungen.

Von

Dr. Adolph Lutz

in Limeira (Brasilien).

(Schlufs.)

Lepra nervorum. Die Nevenlepra bietet nicht nur im Verlauf und Erscheinung, sondern auch für die Diagnose mehr Interesse, als die tuberöse Form, indem sie weit leichter übersehen oder verkannt werden kann.

Als einfachste und günstigste Form mufs diejenige betrachtet werden, bei welcher die Symptome auf eine umschriebene Region, z. B. auf das periphere Ende einer Extremität begrenzt sind und

es auch — wenigstens Jahre lang — bleiben. In solchen Fällen erscheinen zuerst an einer zirkumskripten Stelle, z. B. am Dorsum pedis, abnorme Sensationen, namentlich prickelnde Schmerzen, Ameisenkriechen, oder ein Gefühl, wie dasjenige, welches durch eine Berührung mit Spinnweben, Flaumfedern etc. entsteht; auch eigentliches Jucken kommt vor. (In zwei Fällen war zu Anfang ein rötlicher, diffus oder punktförmig pigmentierter Fleck vorhanden, und habe ich diese deshalb als gemischte Form klassifiziert; doch schwanden diese Flecke im Gegensatz zu denjenigen der typischen Lepra maculosa sehr rasch mit Zurücklassung kleiner Pigmentreste und ohne periphere Ausbreitung.) An der erkrankten Stelle stellt sich dann Analgesie ein, während eine kräftige Berührung gewöhnlich, wie wohl undeutlich und schmerzlos, doch percipiert wird. Es treten dann meist lanzinierende Schmerzen im zuführenden Nerven ein; es wird auch spontan angegeben, daſs schon bei mäſsigem Drucke oder Stoſse auf gewisse, einem oberflächlichen Verlauf desselben entsprechende Stellen heftige, nach der Peripherie ausstrahlende Schmerzen entstehen. Nicht selten lassen sich diffuse oder knotige Verdickungen an demselben palpatorisch nachweisen. Die Lymphdrüsen der betreffenden Extremität habe ich dabei stets wenig oder gar nicht vergröſsert gefunden.

In den zwei erwähnten, einander höchst ähnlichen Fällen, in welchen beiden die Affektion im Gebiete des Endteiles, des N. peronaeus profundus (auch als tibialis anticus bezeichnet) gelegen war, hatte während drei Jahren kein Weitergreifen der Affektionen stattgefunden. Vielmehr war eine entschiedene Besserung eingetreten, indem die Flecke bis auf kleine Pigmentreste schwanden, das analgische Gebiet sich verkleinerte und die palpablen Veränderungen am N. tibialis anticus zurückgingen. In einem Falle hatte vor drei Jahren Behandlung mit 10 % Pyrogallussalbe stattgefunden; im andren war Jodtinktur zur Verwendung gekommen; da indessen beide Behandlungen nicht sehr lange durchgeführt wurden, glaube ich nach meinen seitherigen Erfahrungen die Besserung nicht auf Rechnung der Behandlung allein beziehen zu dürfen. Vielmehr scheint mir zweifellos, daſs solche Fälle spontan — gewöhnlich mit Defekt, seltener voll-

ständig — heilen können; indessen wird, ähnlich wie bei einer tuberkulösen Affektion der Lungenspitzen, der Zeitpunkt, wo die Heilung als gesichert gelten kann, kaum festzustellen sein.

Meine beiden Patienten haben trotz ausgesprochener Klagen und Beschwerden niemals eine Ahnung von der Natur ihrer Krankheit gehabt; sie sind jetzt sogar im Gehen kaum wesentlich gehindert und leben ruhig ihrem Berufe, so daſs ich Ursache habe, mir selbst zu gratulieren, daſs ich es vermied, durch zu rasches Aussprechen des gefürchteten Namens die soziale Stellung und das Familienglück der Kranken zu gefährden und sie selbst vielleicht der Verzweiflung preiszugeben.

Ein dritter hierhergehöriger Fall, ebenfalls vor ca. drei Jahren beobachtet, betraf einen etwa 16jährigen Jungen. Derselbe hatte sich durch einen Axthieb die Nagelphalanx einer mittleren Zehe in longitudinaler Richtung völlig gespalten; die beiden Hälften klafften weit auseinander und waren nicht nur nicht überhäutet, sondern zeigten neben der geschwürigen Wundfläche eine eigentümliche, an breite Kondylome erinnernde Papillenhypertrophie und eine diffuse elephantiastische Vergröſserung und Verdickung. Wenn schon dieses Bild, namentlich die eigentümliche, bei leprösser Elephantiasis häufige Hautveränderung an Lepra nervorum erinnerte, so wurde dieser Verdacht dadurch bekräftigt, daſs sich die ganze Zehe, sowie die beiden Nachbarzehen hochgradig anästhetisch zeigten; es erklärt sich so die Verzögerung der Heilung, welche durch das beständige Barfuſsgehen besonders ungünstige Bedingungen fand. Doch soll auch in diesem Falle im Laufe der Jahre keine Verschlimmerung, sondern entschieden Besserung der Gehfunktion eingetreten sein.

Für diejenigen Leser, welchen die Diagnose im letzten Falle durch die angeführten Veränderungen nicht genügend begründet erscheinen mag, will ich noch einen sehr ähnlichen, aber nicht so strenge lokalisierten Fall mitteilen. Es handelte sich um eine deutsche Kolonistenfrau, die seit langer Zeit an einer hochgradigen Elephantiasis der linken groſsen Zehe litt. An der Plantarseite der Grundphalanx fand sich ein haselnuſsgroſses, konkav ausgehöhltes Geschwür, wie es etwa durch Zerfall eines Enchondroms oder Gummas entstehen würde. An der Haut der Zehe und

über dem betr. Metatarsalknochen fand sich die vorhin erwähnte, papilläre Wucherung; Geschwürsgrund und Umgebung zeigten hochgradige Herabsetzung der Sensibilität; ebenso aber noch mehrere Finger und Zehen der andern Extremitäten. Dazu bestanden noch flache Infiltrationen der Stirnfalten und der Dorsalseite der Grundphalanx der Finger, so dafs ein Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose hier kaum möglich war.

Da das Geschwür trotz längerer Behandlung nicht zur Heilung gebracht werden konnte und die elephantiastische Zehe das Gehen hinderte, entfernte ich dieselbe auf Wunsch der Patientin zugleich mit dem Metatarsalknochen durch einen dorsalen Längsschnitt, wobei indessen die veränderte Haut nicht ganz weggenommen werden konnte. Es bildete sich auch später an der primär geheilten Operationsstelle wieder ein längliches Geschwür, das aber wegen seiner dorsalen Lage nicht störte, während Form und Funktion des Fufses aufserordentlich gewonnen hatten.

Der Metatarsalknochen erwies sich bei der Untersuchung als stark osteoparotisch; diejenigen der Phalangen erschienen stark vergröfsert und verdickt. In der ebenfalls stark verdickten, gewucherten Haut, sowie im Geschwürsgrunde konnte ich die spezifischen Organismen nicht nachweisen.

In Fällen, wie die beiden erst angeführten, liegt die Idee nahe, dafs man es hier mit einem Primaraffekte zu thun habe, im dritten Falle könnte man sogar in der Wunde die Infektionspforte vermuten. Doch fehlt es zum Beweise für eine solche Anschauung an dem Nachweise der spezifischen Mikroorganismen an der veränderten Stelle. Es ist aber eine gewifs auffallende Thatsache, dafs die erste Lokalisation der Nervenlepra fast immer an blofsgetragenen, Insektenstichen und andern Traumen ausgesetzten Körperteilen erfolgt.

Die häufigste Form der primären Nervenlepra ist in den peripheren Extremitäten lokalisiert und zwar meist an allen vieren in ziemlich symmetrischer Weise. Die hochgradige Anästhesie ist meist auf ziemlich kleine Bezirke beschränkt und nicht einmal immer sehr störend; während häufig über heftige lancinierende Schmerzen im Verlauf der Extremitäten geklagt wird. Die Lymphdrüsen der befallenen Glieder zeigen auch beim Fehlen jeglicher

Ulceration nicht selten Anschwellungen, die diagnostisch wichtig sind und manchmal zu grofsen knolligen Klumpen führen; indessen fehlt dieses Symptom selbst in sehr ausgesprochenen Fällen öfter nahezu oder vollständig; noch häufiger ist dies bei der tuberösen Form der Fall. Die befallenen Extremitäten zeigen mannigfache oberflächliche Veränderungen: Cyanose, Pityriasis furfuracea, Ichthyosis, Hypertrophie der Papillen mit oder ohne keratotische Verdickung der Epidermis, seltener einige Flecke von glossy skin. Elephantiasis ist häufiger an den untern Extremitäten; in symmetrischer Weise an beiden Händen und der peripheren Hälfte der Vorderarme habe ich sie nur einmal gesehen. Die Stauungserscheinungen erklären sich in vielen Fällen durch Druck oder Verwachsung der Nervenschwielen mit den begleitenden Venen, wie ich es in einem Falle direkt konstatieren konnte; in andern Fällen mögen die Veränderungen der Lymphdrüsen anzuklagen sein, während lange dauernde Ulcerationen zu einer mehr zirkumskripten, elephantiasisartigen Gewebswucherung führen.

Ein äufserst charakteristisches, doch wohl in der Mehrzahl der Fälle vermifstes Symptom ist der Pemphigus leprosus. Die gewöhnlich groschen- bis thalergrofsen Effloreszenzen treten manchmal frühzeitig und reichlich auf, in andern Fällen erscheinen während langer Zeiträume nur vereinzelte Blasen. Der Grund derselben zeigt wohl ausnahmslos Innervationsstörungen; dagegen dürfte das Vorkommen von sogen. Leprabacillen im Inhalte der Blasen bei reinen Formen kaum zu gewärtigen sein. Bei der Heilung hinterläfst er oft schwielige Narben, namentlich bei Negern, welchen eine Neigung zu Narbenkeloiden eigentümlich ist. Solche Schwielen können durch ihren Sitz an charakteristischen Stellen, z. B. über den Oberarmen, an der Grundphalanx der Finger etc. für die Diagnose Bedeutung gewinnen.

Das klinisch bedeutungsvollste Symptom der Nervenlepra sind die Ulcerationsprozesse, welche oft so ausgedehnt und entstellend sind, dafs sie als eigner Typus, als Lepra mutilans, unterschieden werden können. Weitaus am häufigsten haben sie ihren Sitz am peripheren Teil der Extremitäten, ein Zeichen, dafs sie gewöhnlich traumatischen Ursprungs sind; am Stamme

habe ich nur einmal gröfsere sinuöse Geschwüre auf anästhetischer Basis gesehen.

Aufser den Pemphigusblasen, die meist nur oberflächliche Geschwüre setzen, gibt es hauptsächlich zweierlei ulcerative Vorgänge, welche zur Mutilation führen können.

Der erste dieser Prozesse unterscheidet sich weder durch seine Natur und Entstehung, noch durch seine Lokalisation von den gewöhnlichen Panaritien. Nur wird derselbe, da der sonst so wirksame Stimulus des Schmerzes mehr oder weniger wegfällt, häufiger sich selbst überlassen und führt so besonders leicht zu Periostitis und Tendinitis mit Nekrosenbildung oder zu Gelenkvereiterung mit den bekannten Folgen für Form und Funktion. Trotzdem der lokale Prozefs oft sehr heftig ist und mit bedeutenden eiterigen oder gangränösen Erscheinungen einhergeht, so entstehen doch nur selten Allgemeininfektionen — kaum häufiger als unter gewöhnlichen Umständen. Ich habe von diesen und anderweitigen sehr vernachlässigten Fällen den Eindruck gewonnen, dafs die lokale Begrenzung oder das Weiterkriechen des Prozesses weniger durch unsre Behandlung, als durch die Art der Infektion bestimmt wird, während allerdings eine korrekte Therapie die Lokalaffektion rascher und günstiger verlaufen läfst.

Die Residuen solcher leichteren oder schwereren Panaritien findet man nicht selten an einem halben Dutzend Finger und Zehen derselben Person; man wird daher bei einer solchen Multiplizität an Lepra denken müssen. Im Fehlen der Sensibilität an den erkrankten und benachbarten Hautpartien wird man eine Bestätigung der Diagnose finden, selbst wo andre Symptome augenblicklich fehlen.

Der zweite zur Verstümmelung führende Prozefs tritt unter dem Bilde des Mal perforant auf. Es handelt sich um meistens rundliche, durch allmähliche Usur entstandene, Weichteile und härtere Gebilde in nahezu gleicher Weise betreffende Geschwüre, deren Grund nach Art einer Konkavlinse oder eines Hohlspiegels vertieft und stets hochgradig unempfindlich ist. Dieselben finden sich nahezu ebenso häufig an der Hohlhand, wie an der Fufssohle und müssen ganz besonders an erstgenannter Stelle stets den Gedanken an lepröse Anästhesie erwecken. Aufserdem kommen

aber an Fingern und Zehen Geschwüre von demselben Charakter, wenn auch geringerer Gröfse, vor und führen mitunter zur Abstofsung einzelner oder sämtlicher Finger und Zehen; gröfsere Stücke von Extremitäten gehen aber jedenfalls nur sehr selten verloren. Eine Vernarbung dieser Ulcerationen, die sich auch, wiewohl seltener, an der Stelle einer geborstenen Pemphigusblase entwickeln können, kommt unter gewöhnlichen Verhältnissen nur ausnahmsweise zu stande.

Eine weitere Art der Verstümmelung, welche indessen ohne Ulceration einhergeht, kommt nach meinen Erfahrungen mehr der gemischten Form zu. Es handelt sich dabei um ankylotische Verwachsung, Retraktion oder Resorption einzelner Teile (Knochen, Sehnen, Fascien), bei denen manchmal eine vorgängige Anschwellung und Auftreibung zu konstatieren war. Letztere habe ich einmal am Finger als Spina ventosa ähnlichen Prozefs gesehen; ich vermute, dafs aus diesem das Bild der — in ähnlicher Weise auch bei Lupus vorkommenden — interstitiellen Phalangenresorption hervorgehen kann. Auch an Sehnen und Fascien habe ich, wie schon bemerkt, knollige Verdickungen palpieren können; man wird kaum fehlgehen, wenn man in diesen spezifisch lepröse (d. h. mikrobienhaltige) Granulome sieht. Ob dabei auch Atrophien ohne vorgängige Wucherung auf blofs neuritischer Basis vorkommen, habe ich nicht mit Sicherheit feststellen können, doch bin ich geneigt, es zu glauben. An den Muskeln ist die Atrophie oft bedeutend; doch spielt hier der Nichtgebrauch, verbunden mit einer allgemeinen, auch durch Anämie gekennzeichneten Ernährungsstörung, eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Wo sich diese verschiedenen Zerstörungsprozesse mehr oder weniger vollständig und innig kombinieren, entstehen äufsert entstellende Deformitäten und hochgradige Funktionsstörungen, welche den Kranken ebenso auffällig und elend machen, wie die höheren Grade der Knotenlepra, während sie — aufser durch komplizierende Infektionen — das Leben kaum gefährden.

Dafs die Erscheinungen der Lepra mutilans durch die äufseren Verhältnisse begünstigt oder hintangehalten werden können, ist kaum zu bezweifeln; indessen tritt sie auch in ausgezeichneter Weise bei Leuten auf, deren Verhältnisse eine be-

sondere Häufung traumatischer Einwirkungen vollständig ausschliefsen.

Lepra maculosa. Die fleckige Form ist zwar der Nervenlepra viel näher verwandt, als der Knotenaussatz und möglicherweise nur als eine besondere Lokalisation der ersteren aufzufassen; indessen tritt sie so häufig als eine anscheinend selbständige Affektion auf, dafs sie eine gesonderte Stellung und Besprechung entschieden verdient. In reinen Fällen fehlt die palpable Verdickung der kutanen Nerven, die ich, wiewohl selten, bei gemischter tuberös-nervöser Form gefunden habe, sowie die Neigung zu Blasenbildung und Ulcerationen, und die ganze Affektion hat einen benignen Charakter. So kenne ich einen Fall, der bereits wenigstens sechs Jahre dauert und über die Hälfte der Körperoberfläche befallen hat, ohne den herkulisch gebauten Patienten beschwerlich zu fallen oder ihn zu seinem Beruf (als Fuhrmann) untauglich zu machen. Nur die ziemlich häufigen komplizierten Fälle zeigen den wahren Charakter des Leidens und bieten auch ernstere Erscheinungen.

Der Prozefs hält in der Mehrzahl der Fälle den nachfolgend beschriebenen Gang ein:

Über den Körper zerstreut, manchmal ungefähr, doch nie strenge symmetrisch, in andern Fällen ganz unregelmäfsig, bald mehr am Stamm, bald mehr an den Extremitäten, einmal verwiegend an der Dorsal-, ein andermal mehr an der Ventralseite, treten hyperämische (beim Weifsen rote, beim Neger natürlich dunkle) Flecke auf, deren Injektion nach den äufsern Verhältnissen wechselt und auf Fingerdruck schwindet. Ich habe dieselben im Gesichte Thalergröfse erreichen sehen, ohne ihre Eigenschaften zu ändern; indessen nehmen sie häufig auch diffuse oder in kleinen Herden erfolgende Pigmentierung an und lassen sich nicht mehr ganz wegdrücken. Es scheint auch, dafs sie in diesem Stadium mit Zurücklassung einer chloasmaartigen Pigmentierung schwinden können; meist aber ist dies nicht der Fall. Es bildet sich dann vielmehr ein schwach erhabener, gewöhnlich ein bis zwei Querfinger breiter Saum, der sich zentrifugal weiterschiebt und gyrierte Figuren bildet. Im Zentrum

nimmt die Haut entweder ihre normale Beschaffenheit ganz oder nahezu wieder an, oder es kommt zu mehr weniger hochgradiger Atrophie und Pigmentschwund. Vollständig pflegt der letztere bei stark pigmentierten Rassen nicht zu werden, sondern die Farbe bleibt meist noch etwas gebräunt; beim Neger zeigen die Flecke etwa die Nüance hellfarbiger Mulatten, bei diesen diejenige dunkelhaariger und pigmentreicher weifser Menschenschläge. Beim Weifsen zeigt die Haut bei stärkster Veränderung etwa die Beschaffenheit einer älteren Vaccinenarbe. Wo Haare vorhanden waren, habe ich dieselben niemals pigmentlos werden sehen, im Gegensatz zur echten, in Brasilien keineswegs sehr seltenen Vitiligo, wo dieses Verhalten zwar durchaus nicht regelmäfsig, aber doch hin und wieder vorkommt. Am Vorderarm, Unterschenkel, Hand- und Fufsrücken, sowie nächst denselben sind die Flecke meist mehr verwischt. Man erkennt sie daselbst an leichter Schuppung und geringfügiger saumartiger Pigmentierung der Ränder.

Die Flecke zeigen häufig anfangs etwas spontane Schmerzhaftigkeit bei erhaltener Sensibilität; tritt später die Bildung einer erhabenen Randzone ein, so findet sich dieser Zustand nur an derselben, während das Zentrum häufig anästhetisch oder analgisch ist. Doch gibt es auch alte pigmentarme Flecke mit normaler Sensibilität; so hat z. B. der oben erwähnte Kranke (Neger) einen Fleck von heller Milchkaffeefarbe, welcher Gesicht und Hals zur Hälfte bedeckt und durchaus keine herabgesetzte Empfindlichkeit zeigt, während andre, z. B. am Rücken, so anästhetisch sind, dafs Patient es kaum bemerkt, wenn man daselbst ein Hautstückchen excidiert. An den befallenen Stellen wird von den Patienten nicht selten selbständig das Vorkommen von Anhidrose beobachtet.

So lange ein erhabener Saum vorhanden ist, breitet sich der Fleck allmählich aus, während ein vollständiges Schwinden desselben einen Stillstand des Prozesses bedeutet.

Als reine Form sehe ich nur diejenige an, bei welcher die Parästhesien auf die Flecke beschränkt sind; dieselbe ist eine sehr leichte Affektion und kann von dem Patienten sogar übersehen werden. Dies ist wohl dann der Fall gewesen, wenn, wie bei einer von mir untersuchten Kranken, die Erscheinungen an-

geblich frisch sind, während die Infektionsgelegenheit Jahre zurückliegt. Ich kann mich wenigstens mit der Idee einer viele Jahre langen symptomlosen Inkubation weder befreunden, noch kenne ich zwingende Beweise für die Existenz einer solchen.

Auch bei reiner Fleckenlepra können Lymphdrüsenschwellungen vorkommen und selbst beträchtliche Tumoren bilden. Doch sah ich dies nur in sehr alten Fällen; in frischen fehlten sie immer.

Bei der häufigen Komplikation mit Nervenlepra finden sich Anästhesien auch an fleckenfreien Stellen des Stammes und besonders an den peripheren Extremitätenenden, ferner Pemphigus und Ulcerationen, wodurch die Beschwerden etwas gesteigert werden. Doch waren auch diese Fälle durchschnittlich recht gutartiger Natur. Ein Fall hat sich während drei Jahren kaum verschlechtert, und der damals multiple Pemphigus tritt jetzt nur noch selten und vereinzelt auf; ein andrer hat sich seit zwei Jahren so entschieden gebessert, dafs heute nur bei sorgfältiger Untersuchung aus den Residuen die Diagnose gemacht werden kann. Der Pemphigus und mit ihm alle frischen Erscheinungen sind seit Jahren weggeblieben, die Flecke sind nicht mehr anästhetisch und durch stärkere Pigmentierung undeutlicher geworden, endlich ist die Anästhesie der Fingerspitzen viel geringer, so dafs Patientin ihre Geschäfte jetzt besser verrichtet wie früher.

Knotige Leprome habe ich als Komplikation selten und stets mehr vereinzelt gesehen.

Die fleckige Lepra kann Ähnlichkeit mit Psoriasis gyrata, Herpes tonsurans und verschiedenen verwandten zentrifugal wachsenden, wahrscheinlich mykotischen Affektionen haben. Gegen solche Verwechselungen schützen genaue Untersuchungen der bei Lepra wohl nie ganz fehlenden Parästhesien. Von Vitiligo acquisita unterscheiden sich selbst frische Flecke durch den erhabenen Saum, während veraltete Fälle einer angeborenen oder erworbenen Scheckenbildung sehr ähnlich sehen. Doch wird bei Berücksichtigung aller Momente eine Verwechselung kaum möglich sein. Für die Differentialdiagnose scheint der Mikroorganismenbefund nicht zu verwerten, wenigstens habe ich sie in einem Stücke der erhabenen Randzone nicht finden können. Übrigens befallen die Flecke auch

Regionen, wo die Mikroorganismen nicht zu gedeihen scheinen, da sie von Knoten stets frei bleiben.

Therapie der Lepra.

Wie jede schwer heilbare Krankheit, so wird auch der Aussatz zum Gegenstand der Spekulation aller möglichen Geheimmittel gemacht, unter denen natürlich die sogen. blutreinigenden eine Hauptrolle spielen. Da es auch in den zivilisiertesten Ländern noch nicht gelungen ist, Reklame und Lüge voneinander zu trennen, so wird man sich nicht darüber wundern, dafs auch in Brasilien sich solche Annoncen in den Blättern breit machen, welche den Konsumenten irgend eines, angeblich von Indianern entdeckten oder sonst aus Waldkräutern zusammen gebrauten Trankes sichere Heilung von Lepra und allen andern Hautkrankheiten in Aussicht stellen. Von einer Diskussion dieser Mittel können wir umsomehr absehen, als keines derselben sich selbst in Laienkreisen für Behandlung der Lepra hat Kredit verschaffen können.

Bevor ich die Besprechung der von medizinischer Seite angewandten Verfahren beginne, möchte ich noch einmal auf die verschiedenen, von mir oben mitgeteilten Beobachtungen verweisen, welche zeigen, dafs Stillstand, Besserung und selbst Heilung in den früheren Stadien der Lepra nervorum und maculosa durchaus nicht so selten sind. Man wird daher bei jedem öfters angewandten Mittel Erfolge sehen können, wenn man geneigt ist, jede Besserung ohne weiteres der Therapie zuzuschreiben. Mit einiger Kritik lassen sich diese spontanen Vorgänge indessen leicht von den viel schneller eintretenden Resultaten einer zweckmäfsigen Therapie unterscheiden.

Es spricht also durchaus nicht zu gunsten unsrer neueren, bei andern Affektionen oft sehr wirksamen Mittel, wie Karbolsäure, Kreosot, Sublimat, Jodkalium, Condurango, Strychnin etc., wenn sie, trotz einiger scheinbaren Erfolge, in der Lepratherapie keinen rechten Platz haben behaupten können. Allen diesen ist auch in Brasilien reichlich Gelegenheit geboten worden, ihre vorteilhaften Eigenschaften zu entfalten, und das Resultat ist, dafs sie wenigstens in der gebräuchlichen Form und Dosierung die

Prüfung nicht bestanden haben. Von Strychnin wird gegenwärtig in New York, wo besonders nervöse Formen zur Beobachtung kommen, viel gehalten; indessen habe ich in meinem Material genügend gezeigt, dafs die leichteren Fälle sehr häufig spontan besser werden, und von raschen Heilungen wird auch nicht berichtet. Im besten Falle könnten wir es, etwa wie die Narcotica, die Elektrizität und die Nervendehnung, unter die Reihe der symptomatisch nützlichen Mittel versetzen, welche aber auf den parasitären Prozefs keine Wirkung haben. Ich selbst habe dieses Mittel mehrmals längere Zeit in den höchsten erlaubten Dosen gegeben und bin froh, dafs mich meine Erfahrung von der Verpflichtung freigesprochen, dem Patienten dieses unberechenbare und gefährliche Mittel anzuvertrauen.

Ein Mittel, dafs sich früher bei Behandlung der Knotenlepra grofsen Rufes erfreute und in Brasilien leicht zu beschaffen wäre, das Cajúöl oder Kardol (von Anacardium occidentale), scheint wieder der Vergessenheit anheimgefallen zu sein; auch den verschiedenen andern harzig-öligen Droguen scheint es nicht besser gehen zu sollen.

Vom Tannin glaubt man neuerdings in Rio de Janeiro und in Portugal Erfolge gesehen zu haben, wobei man von der Idee ausging, dafs dasselbe als Pyrogallussäure zur Wirkung komme; strikte Beweise für dessen Wirksamkeit kann ich dem Leser leider nicht bieten, da sie mir selber fehlen.

Das Acidum gynocardicum ist eines der neuesten Mittel, das von ärztlicher Seite empfohlen wird. Silva Aranjo hat für dasselbe eine Lanze gebrochen, leider nach hiesiger Sitte in den gewöhnlichen Tagesblättern mit einem für Laien geschriebenen Artikel; doch wird für das ärztliche Publikum eine eingehendere Besprechung in Aussicht gestellt. Dagegen kann Azevedo Lima demselben trotz reichlicher Anwendung keine besonderen Wirkungen nachrühmen. Nebenbei bemerkt, ist das Mittel sehr teuer.

Von äufsern Mitteln mufs ich entschieden für die wirksamsten das von Unna systematisch gebrauchte Pyrogallol und das von ihm in die Lepratherapie eingeführte Chrysarobin halten. In 3 von seinen und 6 von meinen Fällen hatte ich Gelegenheit, die

Wirksamkeit dieser Mittel zu erproben; es liegen mir aber auch von drei Seiten günstige Zeugnisse dafür vor. Ganz unwirksam sind sie von niemand befunden worden; darüber herrscht nur eine Stimme; es fragt sich indessen, ob man eine vollkommene Heilung damit erreichen kann. Natürlich kommt es dabei sehr auf die Dauer und Energie der Verwendung an; meine Erfahrungen dabei sind in kurzem folgende:

Beide Mittel haben ähnliche Wirksamkeit und können getrennt oder vereinigt (sowohl an denselben Körperteilen zugleich oder jeweilen in verschiedenen Regionen) zur Verwendung kommen. Sie können lange gebraucht werden, und werden mit der Zeit immer besser ertragen, so dafs man mit der prozentuarischen Stärke steigen kann. Ihre Wirkung ist hauptsächlich lokal an der Anwendungsstelle, doch ist auch eine gewisse Fernwirkung zweifellos. Auf den einzelnen Lokalisationen der Lepra habe ich die Wirkung folgendermafsen befunden:

Ältere Knoten von mäfsiger Gröfse werden mit ziemlicher Sicherheit in einer Zeit von durchschnittlich 2—3 Monaten zum Schwinden gebracht durch interstitielle Resorption ohne Zerstörung ihrer Epidermisdecke; doch ist dazu bei Anwendung von Salben einige Vorsicht nötig. Wo die Haut sehr wenig gespannt ist, bleibt die Decke runzelig, was durch Excision eines Stückes derselben korrigiert werden kann. Bei genügend fortgesetzter Behandlung besteht wenig Neigung zu Recidiven in loco. Dagegen treten beim Schwinden der Tuberkel leicht neue embolische Knoten auf, wenn durch die Schmierkur nicht sicher vorgebeugt wird; doch läfst sich eine weitere Entwickelung hemmen.

Nach längeren Schmierkuren treten oft Erscheinungen von Abmagerung und Anämie ein, von denen es noch zweifelhaft ist, ob sie Folgen der Resorption der Knoten oder nur direkte Wirkungen der Medikamente sind. Sie können ein zeitweiliges Aussetzen indizieren. Die Knotenresorption ist ohne alle Frage eine medikamentöse Wirkung und beruht nicht blofs auf der Ausdauer.

Die lancinierenden Schmerzen in den Extremitäten werden durch allgemeine Schmierkuren langsam aber entschieden beeinflufst. Die Anästhesie wird vermindert, Ödeme gehen zurück und

palpable Nervenknoten verschwinden entschieden rascher, als ohne Therapie. In schweren Fällen erfolgt die Heilung durch bindegewebige Umwandlung der Nervengranulome wohl nur mit Defekt, der vielleicht durch mechanische Therapie noch zu beeinflussen ist.

Frische, fleckige Formen lassen sich vollständig heilen, wie es scheint, rascher als Lepraknoten. Bei veralteten erfolgt hier nur Heilung mit Defekt, Abflachen der Randzone, Verengerung des anästhetischen Bezirks und Pigmentvermehrung der atrophischen Stellen. Alte lepröse Symptome verkleinern sich nur sehr langsam, atrophische Stellen, wiewohl nur junge, gehen manchmal rasch zurück.

Ganz entschieden unterstützt wird die Kur durch innere Anwendung des salicylsauren Natrons, meines Wissens zuerst von KÖBNER gebraucht. Man muſs aber groſse Dosen geben. Unter 6 g pro Tag lohnt es sich nicht, anzufangen; lieber gebe ich 8 g in 4 ca. 4stündlichen Dosen. Die Patienten, welche sich dazu verstehen, es einige Zeit in dieser Menge zu gebrauchen, gewöhnen sich an diese Dosen und werden ganz entschieden günstig davon beeinfluſst. Mit etwas Natron bicarbonicum zusammen wird es vom Magen besser vertragen. Da ich das Mittel selten isoliert gebraucht habe, so ist es schwer, genau zu definieren, wie viel auf seinen Teil fällt; jedenfalls aber verliefen die Fälle besser, als wenn innerlich Strychnin, Arsenik, Sublimat oder Jodkalium gegeben wurde; namentlich scheint es bei der Neigung zu knotigen Embolien von Nutzen zu sein. Thymol, welches ich ohne Nachteil längere Zeit hindurch zu 3—4,0 täglich brauchen lieſs, scheint ähnlich zu wirken.

Über verschiedene von mir versuchte und teilweise entschieden mit Nutzen angewandte äuſsere und innere Behandlungsmethoden gedenke ich später an der Hand von mehr Erfahrungen zu berichten. Vorläufig will ich nur meine Überzeugung aussprechen, daſs bei frühzeitiger Behandlung in den meisten Leprafällen ein Rückgang der sichtbaren Erscheinungen und nicht ganz selten eine vollständige Heilung möglich sein wird.

Anmerkung: Bei Abfassung dieser Notizen stand mir das neue Leprawerk von LELOIR noch nicht zu Gebote, und auch das eingehende Referat desselben von UNNA erhielt ich durch einen Zufall erst nach Schluſs dieser Arbeit. Ich sehe aus diesem mit Vergnügen, daſs viele unsrer Angaben sich decken und hoffe, der Leser werde diese unfreiwilligen Wiederholungen als unbefangene Bestätigungen zu schätzen wissen. Wo sich Verschiedenheiten in der Anschauung finden, glaube ich, bis auf weiteres von meinen — auf selbständiger Beobachtung beruhenden — Anschauungen nicht abgehen zu sollen. Bei meiner isolierten Stellung habe ich leider von einer eingehenden Berücksichtigung der Litteratur überhaupt absehen müssen.

Referate.

Beitrag zum Studium der Elephantiasis Arabum, von L. PETTIER. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Diese These beschäftigt sich mit einer Beobachtung von Elephantiasis nostras des Skrotums, welche von DAYOT in Rennes operiert wurde. POULET aus Val de Grace machte die histologische Untersuchung und fand ein diffuses Fibrom aller Haut des Hodens und der Scheidenhaut, die Drüsen und das Muskelgewebe dagegen unversehrt. Cystische Degeneration war nicht vorhanden, und das Lymphsystem zeigte keine Besonderheiten. Von Fettgewebe war im Tumor keine Spur.

Lille. A. TAVERNIER.

Beitrag zum Studium der linearen Atrophie der Haut, von P. LAVERUHE. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die atrophischen Partien entwickeln sich gewöhnlich gruppenweise und können an allen Gegenden der Haut vorkommen. Der häufigste Sitz ist jedoch an den unteren und seitlichen Teilen des Abdomen, die Kreuzbein- und Trochanterengegend, die Umgebung des Knies, der Articulatio tibio- tarsalis. Aus ihrem Sitz kann man oft ihre Ursache erkennen. Im Niveau des Beckens sind sie sowohl horizontal als vertikal; an den Gelenken stehen sie gewöhnlich senkrecht auf die Axe des Gliedes.

Die Atrophien entstehen nicht durch Kontinuitätstrennungen der Haut, sondern durch Verdünnung derselben infolge der Dehnung oder infolge trophischer Störung; oft kombinieren sich auch beide Ursachen. An den betreffenden Stellen ist die gewöhnliche Anordnung der Hautpapillen ver-

ändert, und ihr Volumen zeigt grofse Ungleichheiten; die Hautgefäfse sind an einigen Punkten atrophisch, an andern dilatiert. Die Nerven sind gezerrt und mehr oder weniger verstümmelt.

In der Schwangerschaft sind die Atrophien um so zahlreicher, je mehr Schwangerschaften schon vorausgegangen sind; sie treten mit Vorliebe an der Gegend unter dem Nabel auf und bilden konzentrische Ringe. Oft genug sitzen sie auch am Busen, wo sie sich dann um die Brustwarze herum finden. Charakteristisch für Schwangerschaft sind weder die Narben am Abdomen noch am Busen. Am Abdomen sieht man sie auch bei Ascites, Ovarialcysten, Anasarka und Fettleibigkeit. Im Typhus treten sie um die Gelenke auf, und zwar bilden sie sich nur in den sogenannten adynamischen Formen. Man beobachtet sie auch bei Wachstumsfiebern und bei Neurasthenikern.

Die Atrophien lassen drei Mechanismen erkennen: In der ersten Gruppe handelt es sich anfangs um Dehnung, und später sind die durch die Dehnung bewirkten Nervenveränderungen die Ursache der trophischen Störungen (Schwangerschaftsatrophien). In der zweiten Gruppe handelt es sich nur um die trophischen Veränderungen (Atrophien der Neuropathischen) In der dritten Gruppe kommen die Dehnung und die trophischen Störungen gleichzeitig zur Geltung (Atrophien der Typhösen).

Lille. A. Tavernier.

Klinische Studie über einige Hautläsionen an varikösen Unterextremitäten, von Dr. Benjamin Broca. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die Arbeit Brocas beschäftigt sich hauptsächlich mit der Ätiologie und der Diagnose. Er nimmt eine alte Idee wieder auf, welche er in einem Memoir von Spender fand, ob man nicht die Pathogenie der varikösen Geschwüre mit den übrigen Hautläsionen in Übereinstimmung bringen kann. Broca unterscheidet ein „ulcère simple" und „ulcère hybride." Die ersteren sitzen gewöhnlich an der inneren Seite des Unterschenkels, sind mehr oder weniger elliptisch mit vertikaler Axe, die Ränder sind erhaben und induriert, meistens stehen sie vereinzelt. Die letzteren dagegen sind multipel, von weichen, regelmäfsigen und pigmentierten Narben begleitet, sie entstehen durch tertiäre Syphilis, Ekzem, Ekthyma. Es ist nicht leicht, im Anfang beide Formen auseinander zu halten.

Lille. A. Tavernier.

Beitrag zum Studium der syphilitischen Krankheiten des Magens, von Dr. L. Gouzot. (*Thèse de Bordeaux.*)

Der Teil der Arbeit, welcher sich mit der pathologischen Anatomie der syphilitischen Magenkrankheiten beschäftigt, ist nur ein historisches Essay, denn der Verf. hat selbst keine pathologischen Objekte zur Verfügung

gehabt. Er berichtet uns die von KLEBS und CORNIL beobachteten Fälle, in welchen eine mikroskopische Untersuchung gemacht werden konnte und die Unregelmäfsigkeit der Magenläsionen zeigte. LANCEREAUX, FAUVEL, KAPOSI und FRERICHS haben nicht weniger interessante, aber weniger beweisende Fälle berichtet. VIRCHOW, LEUDET, COYNE trafen auch bei Syphilitischen im Magen und in der Umgebung des Pylorus eine diffuse Infiltration, charakterisiert durch Hypertrophie und mehr oder weniger ausgebreitete Ulceration der Schleimhaut. GOUZOT citiert alsdann die unter Dr. VERGELY gemachten Beobachtungen, nach welchen er folgende Schlüsse zieht. Die Syphilis bedingt Magenstörungen, deren pathologische Grundlage wenig bekannt ist, deren Symptome jedoch in nichts von den bei Arthritikern vorkommenden variieren. Diese Symptome bestehen in Vermehrung oder Verminderung von Hunger und Durst, in Schmerzen in der epigastrischen Grube, Tympanie des Leibes, Erbrechen von Schleim, Galle oder Speisebrei und in Verstopfung.

Der Verf. hätte die Schwierigkeit der Differentialdiagnose von Ulcus rotundum und Magensyphilis hervorheben müssen. Wir sahen kürzlich bei Prof. LELOIR eine Kranke, deren Symptom auf ein Ulcus rotundum hindeuteten. Man fuhr jedoch trotzdem mit der spezifischen Behandlung fort und alle Beschwerden verschwanden schnell.

Diese syphilitischen Magenkrankheiten weichen nach dem Verf. nur einer spezifischen Behandlung mit Quecksilber, Jod oder einer gemischten Behandlung.

Lille. A. TAVERNIER.

Studie über die primären malignen Tumoren der Fossa nasalis, von ALBERT CLAVERIE. (*Thése de Bordeaux.*)

HIPPOKRATES nennt in seiner Beschreibung der Tumoren der fossa nasalis eine Varietät eine Art Krebs. CELSUS nennt sie Karunkel der Nasenhöhlen und unterscheidet eine weiche und eine harte Varietät. ABULCASIS beschreibt den krebsigen Polypen unter dem Namen Skorpion. GUILLAUME DE SALICET, ROGERIUS und BRUNO SONGOBURGENSIS unterscheiden ausdrücklich die einfachen Polypen von den malignen. AMBROISE PARÉ stellte wieder wie HIPPOKRATES 5 Klassen von Nasenpolypen auf, welche er nach der Art ihrer Insertion, nach ihrer Konsistenz und den Folgezuständen unterschied. Genaue Beobachtungen über krebsige Tumoren der fossa nasalis wurden von PALLETA und GERDY veröffentlicht. In der Dissertation von CASABIANCA findet man einen Fall von Karcinom, welches sich gerade an den Nasenlöchern entwickelte. Beobachtungen von Sarkom der Nase sind von TAYRER, VIENNOIS, MASON veröffentlicht. GRÜNFELD veröffentlichte den Fall eines fibroplastischen Sarkoms bei einem jungen Mädchen von 26 Jahren. DUPLAY und HOPMANN berichten auch Beobachtungen von Sarkom. VERNEUIL und PÉAN haben Fälle von Epitheliom der fossa nasalis publiziert. SCHMIEGELOW be-

richtet von einem cylindrischen Karcinom, welches er bei einem 51jährigen Manne beobachtete, sowie von einem primären Sarkom bei einem 14jährigen Mädchen. NEUMANN hat einen Fall von Medullarkarcinom der fossa nasalis veröffentlicht. Unter den neueren Fällen heben wir ein embryoplastisches Sarkom hervor, welches von Dr. AUBEREAU veröffentlicht ist. DELSTAUCHE und MARISQUE haben den Fall eines Epithelioms veröffentlicht, welches fast 2 Jahre zu seiner Entwickelung gebrauchte; der Patient starb schliefslich an Erschöpfung. Schliefslich hat Dr. MOURE erst ganz kürzlich eine Beobachtung eines primären Fibrosarkoms der rechten fossa nasalis veröffentlicht.

Das ist der historische Teil der Frage. Wir ersehen aufserdem aus dieser Dissertation, dafs die malignen Tumoren der fossa nasalis relativ selten sind und Varietäten von Sarkom, Epitheliom, Karcinom darstellen können, ohne dafs eine einzige für diese Gegend charakteristisch wäre. Die funktionellen Störungen, welche diese Tumoren bedingen, verbunden mit den physikalischen Zeichen und ihrer Entwickelung, lassen stets die Diagnose stellen. Die Prognose ist bei den Sarkomen verschieden und bei den andern malignen Tumoren der Nase immer schwer. Die Behandlung ist nur chirurgisch und mufs schnell eintreten.

Im Anschlufs an diese Arbeit führt der Verf. 9 der Dissertation von CASABIANCA entlehnte Beobachtungen an und beschliefst seine Arbeit mit dem Bericht über 2 neue Fälle, welche der Praxis seines Chefs, des Dr. MOURE in Bordeaux, entnommen sind.

Lille. A. TAVERNIER.

Beitrag zum Studium der Zungenangiome, von Dr. L. JULLIAN (*Thèse de Bordeaux.* 1886.)

Dieser erektilen Geschwülste der Zunge thun besondere Erwägung: MAISONNEUVE in seiner Dissertation 1848, DEMARQUAY in dem Artikel Zunge im *Nouveau Dictionnaire de Médicine et de Chirurgie,* BOUISSON im *Dictionnaire Encyclopédique* und O. FOUCHER. 1883 citierte Dr. ARRAGON in seiner Arbeit über Schleimhautangiome 2 Fälle dieser Affektion. FAIRLIE CLARKE berichtet in seiner Schrift über die Krankheiten der Zunge einen Fall. JULLIAN hat zur Grundlage seiner Inauguraldissertation einen unter LANNELONGUE in Bordeaux beobachteten Fall gemacht. Die nachfolgende, sehr gründliche pathologisch-anatomische Untersuchung wurde von Dr. SIEZAUNE ausgeführt. Die andern angeführten Beobachtungen sind der Dissertation von FOUCHER entnommen; wir bemerken darunter einen im Jahre 1842 von A. TESTELIN beobachteten Fall.

Lille. A. TAVERNIER.

Ein Fall von Spina ventosa bei einem Erwachsenen, von Dr. ACHILLES ARBAUD. (*Thèse de Bordeaux.* 1886.)

Arbaud hatte im Marinelazarett von Rochefort eine Spina ventosa bei einem Soldaten der Marineinfanterie beobachtet. Auf den Rat eines seiner Vorgesetzten machte er denselben zum Gegenstand seiner Inauguraldissertation. Die Natur dieser Affektion war der Gegenstand interessanter Diskussionen. Nélaton, Bérard, Parrot, Heydenreich, Lannelongue erkannten in der Spina ventosa eine Krankheit von tuberkulöser Natur. In allen Fällen, welche Parrot beobachtete, konnte er stets allgemeine Tuberkulose konstatieren. Vincent rangiert die Spina ventosa unter die wahrscheinlich tuberkulösen Knochenleiden. Volkmann behauptete auf dem Berliner Kongrefs (1885), die Spina ventosa sei eine tuberkulöse Osteomyelitis, welche sich an den Fingern und Zehen entwickele; er hat jedoch keine allgemeine Tuberkulose davon ausgehen sehen. Nach Goetz ist die zu Spina ventosa prädisponierende Ursache die Skrofulose; Lungentuberkulose kommt erst in zweiter Reihe in Betracht. Diese Hypothese wurde von Vincent lebhaft angegriffen. Der letztere fand, dafs die durch die beiden fraglichen Diathesen hervorgerufenen Knochenkrankheiten so übereinstimmende Charaktere haben, dafs man sie nicht genau auseinanderhalten könne. In der That zeigt das Mikroskop in beiden Fällen die Anwesenheit von Tuberkeln.

Villemin kam dann auf den Gedanken, Tuberkulose durch Einimpfung skrofulöser Knoten zu erzeugen. Martin zeigte ferner die Verbreitung der Tuberkulose an Tieren, welche mit dem Material geimpft wurden. Aber erst die Entdeckung des Tuberkelbacillus durch Koch überzeugte gewisse Chirurgen.

Einige Autoren sahen in der Spina ventosa eine Nekrose und Caries. Nach Gosselin würde sie eine gemischte Ostitis sein, ursprünglich skrofulös, mit Neigung zur Caries und Nekrose. Aber gleich darauf fügt er hinzu, es könne sich ereignen, dafs die tuberkulöse Masse sich zu einer fungösen Entzündung des Markes verwandelte und folglich die Spina ventosa eine tuberkulöse Osteomyelitis sei.

Schliefslich ist ein sehr gewichtiger Grund das Auftreten tuberkulöser Erkrankungen in verschiedenen Organen, und Lannelongne stützt sich mit Recht auf diese Thatsache, dafs nämlich überhaupt bei Leuten, welche an Spina ventosa leiden, also an einer rarefizierenden Ostitis eines der exponierten Knochen des Skeletts, nicht nur bei Eiterung, sondern auch wenn sich nur Spuren von Eiter bilden, gewöhnlich tuberkulöse Komplikationen auftreten.

Dr. W. Müller, Chef der chirurg. Klinik in Göttingen, berichtet im *Centralblatt für Chirurgie* (April 1886) über seine Experimente, um Knochentuberkulose hervorzurufen. Meistens injizierte er tuberkulösen Eiter in die ernährende Arterie der Tibia des Tieres und erzeugte so kräftige Herde, Granulationen im Mark und in der Corticalis. Es kann auch vorkommen, dafs so eine mehr diffuse tuberkulöse Osteomyelitis auftritt, mit oder ohne Bildung von Sequestern, welche sich der spina ventosa sehr ähnlich verhalten. Dr. Arbaud schliefst also, die Spina ventosa sei eine tuberkulöse

Osteomylitis, welche sich auch beim Erwachsenen entwickeln kann, wie die Beobachtung an einem Soldaten der Marineinfanterie zeigt.

Lille. A. Tavernier.

Über einige nicht veröffentlichte Fälle von Esthiomène der Vulva, von Gabriel Nourry. (*Thèse de Bordeaux.*)

Die Geschichte der „Esthioméne" beginnt mit dem Jahre 1849, zur Zeit, wo die Arbeit von Huguier publiziert wurde. In Frankreich erschien 1871 der Artikel von Bernutz und 1874 seine Arbeit in *Archives de Tocologie.* 1875 brachten die Arbeiten von Crégy und Guillaumet im *Bulletin thérapeutique* Licht in die Sache. In England publizierte 1872 Duncan einen Artikel über „Esthiomène" in dem Edinburger *Medical-Journal.* West widmete der Krankheit einen Abschnitt seiner Frauenkrankheiten. In Deutschland berichteten 1861 Sorent und Martin von einem Fall von „Esthiomène" der Vulva. Friedländer veröffentlichte 1874 in *Virchows Archiv* Untersuchungen über Lupus der Vulva. Schliefslich beschäftigte sich Heiter in demselben Jahre mit dem „Esthiomène" in der *Deutschen Zeitschrift für Chirurgie.* Die Untersuchungen von Vulpian, Cornil und Leloir, sowie die Dissertation von Tiquet konstastieren die histologische Identität von Lupus und „Esthiomène" der Vulva.

Dies sind die historischen und pathalogisch-anatomischen Betrachtungen, welche den noch nicht bekannt gegebenen Beobachtungen in der Dissertation des Dr. Nourry vorangestellt sind.

Lille. A. Tavernier.

Statistische Untersuchungen über Augensyphilis, von Dr. P. Lévallé. (*Thèse de Bordeaux.*)

Eine vollständige historische Studie über die verschiedenen Arbeiten, welche über die Frage der Augenkrankheiten in ihren Beziehungen zur Syphilis erschienen sind, bildet der Gegenstand des ersten Kapitels dieser statistischen Zusammenstellung. Der Verfasser entwickelt uns die Arbeiten, welche der Entdeckung des Ophthalmoskops vorangingen. Er zeigt uns die Klarheit und Genauigkeit, welche die Anwendung dieses Instrumentes in die Ophthalmologie brachte.

Lévallé versucht sodann, die syphilitischen Augenkrankheiten in 2 Gruppen zu sondern. In der ersten Gruppe geht er von den Augenkrankheiten aus, welche direkt durch Syphilis bedingt sind und nicht von der Läsion eines andern Organs abhängen. Sodann untersucht er den Charakter, unter welchem sie sich zeigen. Die zweite Gruppe umfafst die Krankheiten, welche nach seiner Ansicht von einer andern Organerkrankung abhängig ist, wie Muskellähmungen (des 3., 4., 6. und 7. Paares), Akkomodationslähmung, Mydriasis, Myosis, Amaurose und Amblyopie.

Im zweiten Kapitel bespricht er die Frage der hereditären Syphilis in ihren frühen oder tardiven Erscheinungen am Gesichtssinn. Es sind nach der Frequenz geordnet: Cornea, Iris, Choroidea, Retina, Glaskörper.

Im fünften Kapitel versucht der Verf. diese verschiedenen Augenkrankheiten nach Organen zu klassifizieren. Er ordnet sie auch nach der Epoche der Syphilis in primäre, sekundäre und tertiäre.

Zum Schluſs seiner Dissertation machte er eine Zusammenstellung der in der Augenklinik zu Bordeaux beobachteten Augenkrankheiten.

Lille. A. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. APPEL in Altona.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Amerika.

Journal of cutaneous and venereal diseases. Vol. IV. No. 6.

Dieses Heft bietet von Original-Arbeiten:

Einige Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung spasmodischer Strikturen, von JOHN BLAKE WHITE. Während organische Strikturen der hinteren Urethra sehr selten sind, kommen Verengerungen infolge reflektorischer Reizung von dem vorderen Teile aus häufig vor. Dieselben können sowohl durch Strikturen oder Verengerungen der Pars pendula, als auch durch andre Ursachen, wie Einführung von Instrumenten, absichtliches Zurückhalten des Urins, Krankheiten des Rektums und Reizung des Afters, sowie Störungen des Verdauungs- oder Cerebrospinal-Systems veranlaſst werden.

Schwache Absonderung aus der Urethra ist ein frühzeitiges und konstantes Symptom einer Striktur und spricht bei anhaltendem Bestehen sicher für eine Verengerung an irgend welcher Stelle. Der heftige Schmerz am Penisende nach der Blasenentleerung, ein häufiges Symptom der Striktur, wird nach Verfassers Ansicht häufiger bei dem Bestehen eines spasmodischen Zustandes der membranösen Urethra oder, wenn diese zu Krampf — als Resultat einer dauernden Striktur der vorderen Urethra — geneigt ist, gefunden.

Der Harnstrahl ist mehr weniger verändert an Stärke, Kraft und Gestalt und der Harndrang ebenfalls. Die Spiralform, die Spaltung des Strahles oder Harnzwang sprechen mit groſser Wahrscheinlichkeit für Komplikation der permanenten Striktur mit krampfartiger Verengerung, möglicherweise aber auch für letztere allein. Ammoniakalische Harnbeschaffenheit läſst Verdacht auf eine Striktur entstehen.

Der reflektorische Charakter solch tiefer Strikturen wird leider nur zu oft nicht anerkannt. Verf. hat häufig genug als einzige Ursache einer anscheinenden, undurchgängigen Striktur in der hinteren Urethra ein ver-

engertes Orificium oder eine geringe Striktur der penilen Urethra beobachtet, was auch durch die Resultate zahlreicher Operationen, zur Beseitigung spasmodischer Strikturen, von der ersten Autorität in dieser Hinsicht, Prof. F. N. Otis, bestätigt wird. Entsprechend dem Verlaufe zweier mitgeteilter Fälle empfiehlt Verf. dringend, zunächst nur die vorderen Verengerungen zu beseitigen, bevor man die ernsthaftere Operation der äufseren Urethrotomie in Angriff nimmt, da nach Beseitigung des vorderen Hindernisses die vorher nicht selten völlig undurchgängige Striktur der hinteren Urethra meistens ohne weitere Eingriffe verschwindet. Die vordere Verengerung mufs aber sorgfältig und vollständig durchschnitten werden, da bei unvollständiger Operation der Krampfzustand in dem hinteren Harnröhrenteile nicht ganz verschwinden wird.

Von manchen Seiten wird die Plötzlichkeit der Erscheinungen und die Möglichkeit, noch kurz vor dem Anfall Urin zu entleeren, als wichtiges, diagnostisches Hilfsmittel bei spasmodischen Strikturen angesehen, was Verf. jedoch nicht ohne weiteres zugibt, da er es auch bei organischen Strikturen beobachtet hat.

Zuweilen wird der Krampf durch ein warmes Sitzbad mit einer vollen Dosis Opium beseitigt. Soll ein Instrument eingeführt werden, so dürfte der Rat des Verfassers — zuvor eine 4 %ige Kokainlösung einzuspritzen — unbedingt zweckmäfsig sein, da der Spasmus sonst durch den Reiz des Instrumentes derartig gesteigert werden kann, dafs alle Bemühungen, dieses einzuführen, vergeblich bleiben. Die Wirkung des Kokains ist sowohl bei Anwendung des Katheters, wie Einführung von Bougies zur Feststellung der Diagnose gleich sicher und vorzüglich. [Ref. kann dies nur im vollsten Umfange bestätigen, da er dieses Mittel seit längerer Zeit regelmäfsig in schwierigeren Fällen anwendet und oft genug hierdurch in den Stand gesetzt wurde mit der Stärke der Instrumente rasch zu steigen. Besonders angenehm ist dieses Verfahren bei hochgradiger Empfindlichkeit der Patienten, da hierdurch die unangenehmen Zwischenfälle, welche gar nicht selten infolge der reflektorischen Einwirkung des eingeführten Instrumentes auf das Nervensystem, trotz des Fehlens eigentlicher, intensiverer Schmerzen, in Gestalt von Ohnmachten, Übelkeit, etc. auftreten, nahezu mit Sicherheit vermieden werden. — Ref.]

Sichere Heilung kann nur von der Beseitigung der organischen Läsionen, der Ursache des Krampfes, erwartet werden, und diese sollte nicht verzögert werden bis als einziges Mittel nur der Blasenstich übrig bleibt.

Der Wert des Lanolins, von George Henry Fox. (Vortrag in der New Yorker mediz. Akademie.) Verf. kommt durch die Versuche, welche er hinsichtlich der Resorbierbarkeit des Lanolins gegenüber jener des Fettes und der Vaseline angestellt hat, und nach längerem Gebrauch desselben in der Praxis zu dem Resultat, dafs es leichter resorbiert wird, als jene Vehikel; dafs es eine zweckmäfsige Salbenbasis ist bei beabsichtigter Wirkung auf die tieferen Hautschichten und das ganze System. Wegen der festen

Konsistenz empfiehlt sich ein Zusatz von Fett, besonders bei kalter Witterung. Anf entzündeter Haut ist das Lanolin nicht so mild, wie frisches Fett und reine Vaseline [noch weniger, wie das Mollin. Ref.], und schliefslich kann es bei der zweifelhaften Superiorität und dem jetzigen Preis vorläufig nicht als die beste Basis für alle Salben empfohlen werden. [Ref. bedauert, dafs diese vergleichende Prüfung nicht auch das Mollin berücksichtigt hat.]

Dermatosen des Auges, von Chas. W. Allen. Leider können wir des Raumes wegen nicht ausführlicher auf diese interessante Arbeit eingehen. A. fafst unter dieser Bezeichnung diejenigen Krankheiten zusammen, welche gewöhnlich auf der Hautoberfläche gefunden werden und eine besondere Prädilektion für die Augengegend besitzen, sobald sie das Auge selbst befallen. Der Aufsatz enthält folgende Abschnitte: „Hautähnlicher oder mit Haaren besetzter Fleck (Naevus) der Conjunctiva." — „Pathogenese der Dermoïde des Auges." — „Eine andre Theorie." — „Geschwülste der Augenlider" und „melanotisches Sarkom." — (Fortsetzung im folgenden Heft.)

Pemphigus von Albuminurie gefolgt, von R. H. Sabin. Der mitgeteilte Fall betraf eine gesunde, kräftige Frau und bietet insofern noch besonderes Interesse, als drei aufeinander folgende Schwangerschaften — zwei Kinder waren schon vorher geboren — jedesmal früher oder später von einer Pemphiguseruption begleitet wurden. Die beiden ersten Ausbrüche traten am fünften und dritten Tage nach der Entbindung an den Händen und Armen, beziehentlich Händen, Armen, Füfsen, Beinen und Rumpf auf und verschwanden nach einem, bez. drei Monaten. Die Zeit zwischen diesen beiden Anfällen (2¼ Jahr) und die ersten drei Jahre nach dem zweiten Ausbruch waren vollständig frei. Nach dieser Zeit kam eine neue Eruption während der fünften Schwangerschaft und zwar im 3.—4. Monat derselben, welche erst zwei Monate vor der Entbindung wieder verschwand, jedoch nur um 3 Tage nach letzterer wiederzukommen. Dieser letzte Anfall wurde in wenigen Tagen durch den Gebrauch folgender Pillen: Chinin. 0,06, Ferri reducti (Quevenne) 0,06, Acid. arsenic. 0,002. F. pil. D. S. dreimal täglich 1 Pille — beseitigt. Nach ca. 5½ Jahren fand Verf. die Patientin mit Anschwellung der Knöchel und Füfse und deutlich hydropisch, sowie völlig erschöpft und durch Kummer aufgerieben. Der Urin zeigte starken Eiweifsgehalt. Nach ca. 6 Monaten starb sie. Bei der Sektion fand sich die weifse Art der Brightschen Niere, wenngleich keine erhebliche Vergröfserung derselben.

Leukoderma oder Vitiligo, von J. A. Wessinger. Bei einer 60jähr. Negerin begann die Krankheit vor ca. 30 Jahren mit einem weifsen Fleck auf dem rechten Schenkel, der sich allmählich ausbreitete, und zu welchem sich mit der Zeit ähnliche Flecke auf der Brust und dem gröfsten Teil des Körpers gesellten. Vor 15 Jahren entstanden kleine, weifse Ringe auf den Fingernägeln, welche sich langsam über die Hände und Arme ausdehnten,

während zugleich die Veränderung auf dem Körper über die hintere Seite des Halses und die Kopfhaut hinaufkroch. Vor einem Jahre zeigte sich die Affektion auch auf einzelnen Stellen des Gesichtes und bildet daselbst jetzt 2—3 grofse Flecke.

New York Dermatological Society. 163. Sitzung, 27. April 1886. Der von Fox vorgestellte Fall von **Lepra maculosa** betraf einen Kubaner und bestand seit 12 Jahren. Die Läsionen präsentieren sich als bräunlich getärbte Flecke, namentlich auf dem Stamme. Die Sensibilität gegen Berührung fehlt an diesen Stellen, wie auch die sonst sehr starke Behaarung des Körpers hier verloren gegangen ist. Neben der Bronzefarbe des Gesichtes, welche auch andre Teile des Körpers zeigen, beginnt dasselbe ein löwenartiges Aussehen anzunehmen. Die makulöse Lepra diagnostizierte F. wegen des endemischen Vorkommens der Krankheit in der Heimat des Patienten, wegen der bräunlichen Farbe und der ringförmigen Gestalt der Flecke, neben der Neigung des Zentrums abzublassen, sowie wegen ihrer deutlichen Anästhesie; schliefslich wegen der Schwellung über den Augen und der Bronzefarbe der Haut.

Dr. Morrow demonstrierte einen Fall von **Pityriasis rubra mit vesikulösen Läsionen** bei einem 37jähr., starken Trinker wegen der Seltenheit dieser Kombination. Der Ausschlag begann vor 3 Monaten mit kleinen, roten, etwas schuppenden Flecken und bedeckt jetzt infolge der Vergröfserung und Verschmelzung der Flecke den ganzen Körper. Nur auf dem Rücken der Hände und Handgelenke, sowie unter den Knieen finden sich noch rötliche, runde Flecke. Die charakteristischen Erscheinungen der Pityriasis — reichliche Ablösung trockener, sehr dünner Schuppen mit darunter liegender, roter, trockener, nicht infiltrierter, glänzender Haut — sind in schönster Weise vorhanden. Die ungewöhnliche Komplikation besteht in unzähligen, nadelknopfgrofsen Bläschen oder Blasenpusteln auf den Handflächen und Fufssohlen, unter denen die verdickte Epidermis als opake oder gelbliche Punkte erscheint. In der Mitte der Handteller sind sie vollständig zusammengeflossen, dadurch die Epidermis völlig abhebend. Auf dem Rücken der Hände und Handgelenke, sowie den Unterextremitäten werden die rötlichen Flecke an ihrer äufsersten Peripherie von dichtgestellten, kleinen Pustelchen eingefafst.

Sowohl Fox als auch Allen halten die charakteristischen Zeichen einer Pityriasis rubra für zweifellos vorhanden, obgleich ersterer bei dieser Krankheit niemals Blasenpusteln gesehen hat; beide möchten daher das Bestehen zweier verschiedener Affektionen annehmen. Morrow hebt noch hervor, dafs er bei der erstmaligen Betrachtung der Hände einen Pemphigus foliaceus vor sich zu haben glaubte, allein bei genauerer Untersuchung ergab sich, dafs niemals Blasen oder Absonderung einer Feuchtigkeit vorhanden gewesen waren. Der Befund an den Extremitäten scheint ihm die gestellte Diagnose nicht auszuschliefsen, zumal frühere Anfälle mit kleinen,

roten Flecken begannen, welche durch späteres Verschmelzen grofse Flecke bildeten, und überdies von manchen Seiten eine Beziehung zwischen Pityriasis rubra und Pemphigus foliaceus anerkannt würde. In der weiteren Diskussion erwähnt er den chronischen Alkoholismus des Patienten als mögliche Ursache der Komplikation. TAYLOR hat in verschiedenen Fällen von Pityriasis Zucker im Urin gefunden.

Dr. MORROW zeigte einen Fall von **Arsenikausschlag**, an welchen sich der Vortrag von Dr. Fox **über den Wert des Arseniks bei Hautkrankheiten** schlofs. Auf den Inhalt beider Mitteilungen soll demnächst im Zusammenhang bei Gelegenheit einer gesonderten Betrachtung über diese Themata zurückgekommen werden.

Korrespondenz. **Die Behandlung der Vergiftung durch Rhus Toxicodendrum**, eine Mitteilung von PRINCE A. MORROW auf eine diesbezügliche Anfrage aus der Mitte der Leser. — **Purpura**, mit Berücksichtigung eines Artikels von Dr. BRISTOWE, Klinische Bemerkungen über Purpura Urticans (*Med. Times and Gaz.* Mai 9. pag. 599) und von Dr. GIBBONS. Akute Purpura haemorrhagica bei einem Kinde (*Med. Times and Gaz.* Jan. 3. pag. 2). — **Pemphigus**, mit dem Bericht über die Arbeit von Dr. G. THIN, Die Pemphigus-Blasen (*Lancet.* Mai 30. pag. 981). — **Hyperidrosis**, mit Referat eines Artikels von Dr. MYRTLE, Ein Fall von tödlichem Schwitzen (*Medical Press.* Febr. 25. pag. 164). — **Raynaudsche Krankheit**, zwei Fälle betreffend, welche Dr. COLCOTT FOX der Clinical Society am 22. Mai mitgeteilt hat.

Abschnitt „Selections." Ausführlicher Bericht über **urethrale Injektionen bei Gonorrhöe**, von M. AUBERT (*Lyon Médical.* 3. und 10. Jan. 1886). — **Beitrag zum Studium der Chininexantheme**, von P. LAVASSAR (*Thèse de Paris*). — Melanosis zuweilen nicht schwarz; Melanotisches Nagelgeschwür, von J. HUTCHINSON (*Monatsh. f. pr. Derm.* 1886. pag. 225—226). — **Roseola squamosa in ihren verschiedenen Formen**, von ALBERT CHAPARD (*Th. de Paris*). CH. schlägt diese Bezeichnung für die von BAZIN als Pityriasis rubra maculata und cirninata beschriebene Affektion vor. [Aus welchem Grunde wir mit dieser gewaltsamen Verbesserung beglückt werden sollen, ist schwer ersichtlich, denn die einzelnen kleinen, roten Flecke zeigen im Zentrum — allerdings nicht viele — kleienförmige Schüppchen, und die Schuppenbildung gehört meines Wissens zu denjenigen Erscheinungen, deren Fehlen für die Roseola charakteristisch ist. Die Bezeichnung enthält daher einen nicht zu rechtfertigenden Widerspruch und dürfte kaum Aussicht haben die bisherigen Namen zu verdrängen. Ref.] — **Rheumatische Purpura**, von R. TEIXEIRA D'ASSUMPÇAO (*Th. de Paris*). Verf. trennt diese Art von der Purpura haemorrhagica. — **Sklerose der äufseren, weiblichen Genitalorgane**, von Prof. BREISKY (*Rev. des Malad. des Femmes*). Diese neue und vom Verf. bisher 12 mal beobachtete Krankheit

wird durch Sklerose und folgende Schrumpfung des Integumentes charakterisiert. Sie beginnt an der Vereinigung der Labia minora mit der Klitoris und ergreift weiterhin die ersteren, ja möglicherweise sogar die Labia majora. Eine Stenose des Scheidenorifizium (in der Ebene des Vestibulum) kann die Folge sein. Im höheren Stadium der Entwickelung kennzeichnet sich die Affektion durch eine Härte und Trockenheit der Haut. — **Retraktion des Penis,** von Dr. Jvanoff (*London Medic. Record.* 15. Febr. 1886). In diesem wohl einzigartigen Fall verschwand der Penis ohne nachweisbare Ursache unter dem Schambogen und zwar ganz plötzlich, nur eine nabelförmige Vertiefung hinterlassend, weshalb ihn Patient mit einer Schnur an dem Oberschenkel befestigte, nachdem er ihn mit vieler Mühe und Anstrengung wieder hervorgebracht hatte. Diese Retraktion wiederholte sich sofort, als die Schnur vom Schenkel gelöst wurde, und es mufste der Penis durch Ziehen an der Schnur wieder hervorgeholt werden. Nach 6 Tagen verschwand diese Retraktion, wobei nicht zu bestimmen ist, ob das verordnete Bromkali diesen Erfolg bewirkte. — Gangrän des Penis, von Orlowski (*Monatsh. f. pr. Derm.* 1886. pag. 91). — Kokain bei Stomatitis mercurialis, von M. Bockhart (*Monatsh. f. pr. Derm.* Febr. 1886). — **Tischlerlack bei Verbrennungen und Verbrühungen,** von Dr. Krassowsky (*Verhandl. der Viatka Med. Gesellsch.*). Nach dieser Mitteilung ist das wiederholte Auftragen des gewöhnlichen Spirituslacks der Tischler von vorzüglichster Wirkung hinsichtlich der Linderung des Schmerzes und Beförderung der Heilung. — **Ichthyol in Pflasterform,** von Dr. Gécé (*Gaz. des hôp.*).

Vol. IV. No. 7.

Die Reihe der Original-Arbeiten eröffnet:

Eine ergänzende Mitteilung über den Doppel-Komedo, von A. H. Ohmann-Dumesnil. Ein Eingehen auf diesen Nachtrag zu der bereits erwähnten Arbeit desselben Verf.s im Februar-Heft glaubt Ref. unterlassen zu sollen, da er schon nach dem Erscheinen jenes ersten Aufsatzes dieses Thema selbst in Angriff genommen hat und hierbei auch die obige Arbeit, sowie die frühere ausführlich besprochen werden müssen. Vorläufig möchte jedoch Ref. wenigstens noch erwähnen, dafs er durch sorgfältige Beobachtung dieser Doppel-Komedonen an dem eignen Körper zu Resultaten gelangt ist, welche in verschiedener Hinsicht von denen des obigen Verf.s abweichen, namentlich darin, dafs ein kausaler Zusammenhang zwischen Syphilis oder Menschenrasse einerseits und der Entwickelung des Doppelkomedos anderseits keinesfalls vorhanden ist. Leider mufste die Veröffentlichung des bereits vollendeten und an die Redaktion der *Monatshefte* eingesandten Aufsatzes wieder verschoben werden, da es Ref. nachträglich als unerläfslich anerkannte, durch die mikroskopische Untersuchung ein positives, womöglich entscheidendes Ergebnis zu erlangen und zu diesem Zwecke die Excision eines Exemplares nachzuholen. Durch äufsere Umstände hat sich dieser Abschlufs der Arbeit zum gröfsten Bedauern des Ref. unerwartet

verzögert, jedoch wird dieselbe nunmehr in allernächster Zeit veröffentlicht werden können.

Auch der folgende Aufsatz: **Arsenikausschläge,** von PRINCE A. MORROW, welcher einem neuen Werke des Verf.s über „Arzneiexantheme" entnommen ist, wird, wie bereits bei Besprechung eines Aufsatzes im letzten Hefte erwähnt worden ist, an andrer Stelle in einer zusammenhängenden Übersicht eingehende Berücksichtigung finden.

Der Schluſs der im letzten Hefte begonnenen Arbeit: **Dermatosen des Auges,** von CHAS. W. ALLEN enthält folgende Abschnitte: Benzol bei Epitheliom des Augenlides. — Talgdrüsen-Tumor des unteren Augenlides. — Xanthelasma. — Milium. — Blasenpustel des unteren Lides und ulcerative Keratitis nach zufälliger Übertragung des Vaccinepustelinhaltes. — Ekzem der Lider. — Pediculi pubis.

In dem Abschnitt „Korrespondenz" findet sich zunächst unter der Überschrift: **Eine unangenehme Hautkrankheit,** eine Anfrage von A. B. SHERBURNE an die Redaktion in betreff einer kontagiösen, stark juckenden Hautkrankheit, welche im Aussehen einem papulösen Ekzem gleicht und von welcher SH. nicht weiſs, wie sie zu klassifizieren ist. Da die ersten Fälle dieser im Westen Amerikas sehr häufigen Krankheit von SH. im Winter beobachtet wurden, so diagnostizierte er, mit Ignorierung der Kontagiosität, Pruritus hiemalis, allein das ebenso häufige Vorkommen bei wärmerer Temperatur läſst ihn an der Richtigkeit dieser Diagnose zweifeln. Eine Salbe von Hydrarg. praecip. alb. scheint ihm in den meisten Fällen am besten zu wirken.

Die erbetene Auskunft der Redaktion erwähnt zunächst, daſs diese Krankheit höchstwahrscheinlich indentisch ist mit einer im Westen weit verbreiteten Pruritusaffektion, welche daselbst sehr verschiedene Namen führt, z. B. „Sumpfkrätze", „Prairie Digs", „Ohio-Kratzen", „Michigan-Jucken" etc. Daſs es sich nicht um Scabies handelt — wofür die Krankheit früher gehalten wurde —, beweist unter anderm auch die Unwirksamkeit der so lange hochgeschätzten Schwefelsalbe, abgesehen davon, daſs der Acarus niemals gefunden worden ist. Dr. HYDE, HARDAWAY und andre haben die Krankheit genau studiert und die Identität mit Pruritus hiemalis oder HUTCHINSONS Winter-Prurigo überzeugend nachgewiesen. Sie beruht auf klimatischen Verhältnissen, kommt mit der Kälte und prävaliert in Gegenden, welche schroffen Temperaturwechseln ausgesetzt sind. Die anscheinende Kontagiosität beruht jedenfalls darin, daſs die betreffenden Personen z. B. einer Familie gleichen atmosphärischen Einwirkungen unterliegen. Entgegen der Ansicht einiger Beobachter muſs die Kälte als Hauptfaktor bei der Entwickelung der Krankheit anerkannt werden, denn die direkte reizende Wirkung der Hitze und Kälte auf die Haut ist eine allgemein anerkannte Thatsache.

Bei dieser Krankheit beschränkt sich die primäre Wirkung der Kälte auf das Hervorbringen einer Irritation der Haut, welche sich in heftigem Jucken äufsert und zwar am stärksten des Nachts. Die papulösen, vesikulösen und sonstigen Läsionen sind sekundär und Folgen der Hautreizung durch das Kratzen. Selten entwickelt sich eine dem papulösen und vesikulösen Ekzem ähnliche Dermatitis ohne vorausgehenden Pruritus. Wie in heftigen Fällen pustulöse und furunkulöse Läsionen vorkommen können, so ist auch eine Urticariaform — ähnlich der Urticaria der Einwanderer — beobachtet worden.

Die Behandlung sollte eine lokale sein und vorzüglich die subjektiven Beschwerden zu lindern suchen. Sehr günstig hinsichtlich des Juckens wirken türkische Bäder oder, falls diese nicht zur Verfügung, warme, alkalische Bäder von 20 Minuten Dauer vor dem Schlafengehen (durch einen Zusatz von 180,0—240,0 Natrum bicarbonicum hergestellt). Nach denselben Einreibung der Haut mit Karbolvaseline oder einer lindernden Salbe und Einpudern mit Pears fullers earth (Misch. von Stärke und Reismehl) oder andrem Pudermehl. Sehr gut wirken auch Karbolwaschungen (0,3—0,6 : 30,0 mit etwas Glycerin) oder Karbolsalbe (1,0—2,0 : 30,0); ebenso Teer in Lösung oder Salbenform. Eine der besten Salben gegen das Jucken besteht aus: Camphor., Chloral. hydrat. aa 3,75, Ungt. Aq. rosae 30,0. Schliefslich empfiehlt die Red. noch die Vorschrift:

℞	*Natr. bicarbonic.*	7,5
	Kali bicarbonic.	3,75
	Glycerin.	7,5
	Tinct. Opii	10,0 (3 j ss?)
	Aq. dest.	ad 240,0
	M. D. S.	

bemerkend, dafs dasselbe Mittel nicht in allen Fällen gleich wirke und deshalb dann andre versucht werden müfsten.

Braune Hautverfärbung infolge wiederholter Einwirkung von Schwefeldämpfen, sofort beseitigt durch Hydrogenium hyperoxydatum, eine briefliche Mitteilung von Dr. Edward Preble an die Redaktion. Der 21jährige Patient, welcher vor einigen Jahren an Syphilis gelitten und seitdem eine längere spezifische Kur gebraucht hatte, erhielt wegen Scabies Schwefelsalbe und Schwefelbäder verordnet, nachdem er andre, frühere Vorschriften vernachlässigt hatte und plötzlich von einer Reihe epileptiformer Krampfanfälle heimgesucht worden war. In seiner Angst nahm er jeden zweiten Tag ein Schwefelbad (½ Pfd. pro baln.). Nach den zur Heilung der Scabies nötigen 4—5 Bädern wollte er nach Hause reisen, als plötzlich seine Hände eine tiefbraune Farbe annahmen, welche nachdunkelte und auch die Arme ergriff. Der 13. Jahre im Dienst befindliche Badediener erklärte die Erscheinung für eine gewöhnliche und durch kein Mittel zu beseitigende, sie könne vielmehr nur von selbst verschwinden. Nach einigen einfachen, aber vergeblichen Mafsnahmen wurde das Wasserstoffsuperoxyd

verordnet. Nach erweichender Waschung mit heifsem Wasser und Seife wurde das Mittel mit einer Zahnbürste aufgetragen und auf diese Weise durch die erste Applikation die Färbung völlig beseitigt.

Weiter folgen zwei Zuschriften an die Redaktion von J. P. Esch und J. Blake White bezüglich der bereits im letzten Hefte angeregten Frage der **Behandlung der Rhus-Vergiftung.** Während der erstere Verf. Kalkwasser und Olivenöl ää mit ein wenig Karbolsäure als das beste Heilmittel erprobt hat, bezeichnet der letztere Karbolvaseline mit Kokain als das derzeit beste Remedium gegen das Jucken, welch letzteres das Hauptsymptom der aus dieser Vergiftung resultierenden Dermatitis darstellt.

Die Besprechung der „Dermatologie und Syphilographie in England" umfafst folgende Krankheiten mit den über dieselben publizierten Arbeiten:

1. Sclerodermа. — Klinische Vorlesungen über Sclerodermа, von Dr. Radcliffe Crocker (*Lancet*); Sclerodermа in Beziehung zu Filaria Sanguinis Hominis, von Dr. Bancroft (*Lancet*); Über das Vorkommen symmetrischer Gangrän der Extremitäten in einem Falle von Sclerodermа adultorum, von Dr. Finlayson (*Med. Chronicle*); Diffuses Sclerodermа, von Dr. Handford (*Lancet*).

2. **Rhinoscleroma.** Ein Fall beobachtet von Dr. Payne und Dr. Semon an einem 18jähr. Patienten aus Guatemala. Die Krankheit bestand seit 4 Jahren und entwickelte sich ohne nachweisbare Ursache. Unter den Nasenlöchern, welche mit ähnlichen Massen angefüllt waren, fanden sich zwei runde, rötliche Geschwülste. Dieselben waren derb, jedoch nicht sehr hart, von der Gröfse einer halben Haselnufs und an der Oberfläche ulceriert. Der Nasenrücken beträchtlich verbreitert und das Gewebe der Nase über den Knochen steinhart. Die Uvula völlig verschwunden, am weichen Gaumen ein unregelmäfsiger, erhabener, weifslicher und leicht ulcerierter Fleck, von dem nach allen Richtungen fibröse Stränge auslaufen. Antisyphilitische Behandlung blieb trotz monatelanger Fortsetzung erfolglos und es mufsten die Geschwulstmassen aufsen und in den Nasenlöchern mit dem scharfen Löffel entfernt werden, worauf die Stellen geätzt wurden. Trotzdem trat nach 2 Monaten ein Recidiv ein. Die histologische Struktur ähnelte am meisten derjenigen der Granulationstumoren, wie Lupus, Syphilis, etc., ohne jedoch einer dieser Formen vollständig zu entsprechen. Bei einer gelegentlichen Anwesenheit des Patienten in Paris wurde der Tumor von Dr. Cornil mit Erfolg auf Mikroorganismen untersucht, welche Payne in der Pathologischen Gesellschaft vorzeigen konnte.

Denselben Patienten betrifft eine weitere Mitteilung über Rhinoscleroma von Dr. Morell Mackenzie (*Brit. Med. Journ.*)

3. **Multiples Xanthom.** Einen etwas anomalen Fall bei einer 30jährigen, durch chronische Osteo-Arthritis völlig gelähmten Frau beschreibt Dr. Kent Spender (*Brit. Med. Journ.*). Die gelbe Färbung der Haut zeigte

sich zuerst an den Sohlen, später bildeten sich bräunlichgelbe Flecke (1/8—1/4 " grofs) auf der Vorderfläche des rechten Schenkels, und allmählich färbten sich auch die Hohlhände in derselben Weise, wie die Sohlen. Aufserdem lösten sich die Nägel des linken Daumens und der rechten, grofsen Zehe von der Phalanx und wurden durch zunehmende Anhäufung von trockenem, kalkigem Material nahezu von der Matrix abgerissen. Gelbsucht oder andre Leberkrankheiten waren nie vorhanden, ebensowenig Eiweifs oder Zucker im Urin.

4. **Ringworm.** Dr. FOULIS beschreibt ein Kurverfahren gegen Tinea tonsurans, welches selbst schwere Fälle innerhalb einer Woche zur Heilung bringen soll, jedoch von HALLOPEAU und LALLER in Paris nicht erfolgreich gefunden worden ist (*Monatsh. f. pr. Derm.* 1886. pag. 426). Dr. HENRY BROWNE hat günstige Resultate mit folgender Formel erzielt:

℞ *Natr. subsulfuros.*	3,75
solve in *Aq.*	240,0
adde *Acid. hydrochloric.*	3,75
D. S.	

Mit dieser Lösung getränkte Leinwand wird aufgelegt und mit geöltem Stoff bedeckt; zugleich tägliche Waschungen des Kopfes mit milder Seife und Wasser (*Brit. Med. Journ.*). Eine neue Methode der Behandlung von Tinea tonsurans publizierte Dr. A. J. HARRISON in der British Medical Association. Dieselbe besteht in Betupfen der Kopfhaut mit einer Lösung von 2,0 Kalium jodatum auf 30,0 einer Mischung von Liq. Kali carbonic. und Spiritus vini ää 3—4 Minuten lang. Nach 2—3 maliger Anwendung in Zwischenräumen von 2—3 Tagen wird in derselben Weise eine Lösung von 0,25 Hydrarg. bichlorat. corrosiv. auf 30,0 einer Mischung von Aq. dest. und Spiritus vini ää gebraucht und zwar beim ersten Male 10 Minuten nach der letzten Verwendung des vorigen Mittels. Auch diese Lösung wird 2—3 mal angewendet in zweitägigen Intervallen. Alsdann bleiben einige Tage ohne etwas zu gebrauchen, um zuletzt noch einmal die erste Lösung und 10 Minuten später die zweite aufzutupfen. HARRISON schreibt diesem Verfahren eine sehr günstige Wirkung zu, da das Merkur in situ durch das Jodkali präzipitiert und so in unmittelbaren Kontakt mit den Pilzen gebracht werden soll.

5. **Syphilis.** Von Dr. JONATHAN HUTCHINSON sind mehrere Arbeiten verzeichnet: Über Schanker und Syphilis, eine Elementar-Vorlesung für Studierende (*Med. Times and Gaz.*); Herpes und der wiederkehrende Schanker, zugleich über die Zwischenperiode der Syphilis (*Med. Press*); Lettsomian Vorlesungen über einige streitige Punkte in der Syphilislehre, gehalten vor der medizinischen Gesellschaft in London (*Brit. Med. Journ.*). Diese letzteren Vorträge bilden eine der hervorragendsten Erscheinungen der letzten Zeit, welche voraussichtlich baldigst in Buchform zugängig sein

wird. — Von Arbeiten andrer Autoren wird noch erwähnt: Klinische Bemerkungen über sekundäre Syphilis, von Dr. Myrtle (*Med. Press*).

Abschnitt „Ausgewähltes": **Einfluſs des Quecksilbers auf das Hinausschieben der Symptome und als ein Antidot bei Syphilis.** Auszug aus einer Vorlesung von J. Hutchinson (*Brit. Med. Journ.*). — **Excoriationes narium,** von Dr. Schmiegelow (*Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc.* No. 7. 1885) nach einem Referat von Dr. Baron im *Bristol Med.-Chirurg. Journ.* März 1886. — Chrysophansäure-Conjunctivitis, von Dr. Trousseau (*Monatsh. f. pr. Derm.* 1886. pag. 429). — **Behandlung von Pigmentflecken der Haut.** Nach Unna sind Borax und Hydrarg. bichlorat. corros. die meist verwendeten Mittel um Pigmentflecke zu beseitigen. Ersteres von milderer Wirkung, selten Ekzem hervorrufend, letzteres das energischere und schnellere. Ist schleunigster Erfolg erwünscht, so muſs das Quecksilber gewählt werden, jedoch statt der unzweckmäſsigen Hebraschen Vorschrift ein Sublimatkollodium (½ Tl. : 1 Tl.). Wegen der Unbestimmbarkeit der Wirkungsintensität ist die von Hebra vorgeschlagene Merkur- und Wismutsalbe vorzuziehen und zwar wird ein hiermit bestrichenes Muslinstück einen rascheren Erfolg bringen, als schwache Lösungen, abgesehen von der ungleich bequemeren Anwendung. Es werden kleine Stücken davon — von dem Umfang der einzelnen Fleckengruppen und mit Salbe bestrichen — nach vorausgehender Entfettung der Haut durch Eau de Cologne oder Alkohol vor dem Schlafengehen aufgelegt und am Morgen wieder entfernt. Ein weiterer Verband ist unnötig. Tags über empfiehlt der Autor folgende, die braunen Flecke verdeckende Wismutsalbe, jedoch nur auf die Flecke und für längere Zeit, aufzutragen:

℞ *Bismut. oxychlorat., Caolin.* ää 5,0
Vaselin. 20,0—40,0
M. f. ungt.

Ebenso verwendet er folgende Salbe:

Bismut. oxychlorat., Amyl. Oryzae ää 2,0
Ungt. Glycerini 10,0
Aq. Rosar. gtts. 2,0

Das Alternieren mit dem Merkur- und Wismutgebrauch beseitigt die Pigmentflecke überaus schnell ohne Rötung oder Abschuppung zu bewirken, wenn das Pigment nicht, wie bei gewissen chronischen Chloasmen, so tief im Derma liegt, dafs es nur mit Zerstörung der Papillarschicht entfernt werden kann. Hebras Vorschrift lautet: Bismut. subnitric., Hydrarg. praecip. alb. ää 2,5, Adip. suill. 50,0. D. Auf Leinen gestrichen während der Nacht aufzulegen. — In derselben Weise gebraucht Kaposi: Acid. salicyl. 2,0, Ungt. len. 40,0. D. S., oder: Acid. borac., Cerae alb. ää 5,0, Paraffin. 10,0, Ol. amygd. 30,0. D. S. — Auch Einreibungen mit Ungt. hydrarg. ciner. wirken zuweilen günstig. (*Journ. de Méd. de Paris.*) — **Herpes Zoster-Eruption während des Gebrauches von Arsenik,** von Dr. Jul. Burger.

Einigen bereits früher mitgeteilten Fällen fügt Verf. drei neue hinzu. (*Wien. Med. Wochenschr.* 1886.) — **Anästhesie der Haut infolge Quecksilbervergiftung,** von FRENEY. (*Gaz. des Hôpit.*)

Es folgt eine Mitteilung der Redaktion, welche die Veranlassung war, dafs Ref. — wie schon bei einigen der früheren Artikel erwähnt worden ist — den Entschlufs faſste, die **Anwendung des Arseniks in der Dermatotherapie,** d. h. die bisherigen und noch folgenden Mitteilungen über dieses Thema in dem *Journ. of cutan. and vener. diseases* später im Zusammenhang zu besprechen. Die Red. wendet sich mit diesem Schreiben an den gesamten Leserkreis und und bittet um die Beantwortung der folgenden Fragen, in der Absicht die Resultate der Erfahrung einer möglichst grofsen Zahl von Ärzten zu sammeln und zu vergleichen:

1. Pflegen Sie Arsenik im allgemeinen bei der Behandlung von Hautkrankheiten anzuwenden?

2. Bei welchen Formen der Hautkrankheiten haben Sie Arsenik von gröfserem Werte, als andre Heilmittel gefunden?

3. Welche üblen Folgen haben Sie, falls dies überhaupt der Fall ist von dessen Gebrauch beobachtet?

4. Welche Arsenikpräparate ziehen Sie vor und in welchen Gaben wenden Sie dieselben an?

Ref. wünscht aufrichtig, dafs die dankenswerte Absicht der Red. allseitige Unterstützung finden möge, denn in diesem Falle dürften wir wohl mit Recht wertvollen Resultaten entgegensehen. Der Red. gebührt jedenfalls aufrichtiger Dank, dafs sie sich im Interesse der Wissenschaft einer so mühsamen Arbeit unterzieht, und es würde gewifs freudig zu begrüfsen sein, sollte dieses Beispiel gemeinsamer Arbeit an der Lösung derartiger, wichtiger Fragen auch von andrer Seite Nachahmung finden.

Vol. IV. No. 8.

Enthält an Original-Arbeiten:

Vier Fälle von spätsyphilitischen Läsionen des Rektums, von R. W. TAYLOR. Die Anschauungen über die Beziehungen, welche zwischen Syphilis und Strikturen des Rektums bestehen, haben sich in den letzten Jahren wesentlich geändert, denn es wird jetzt allgemein als feststehend betrachtet, dafs die Syphilis häufig die Ursache der Rektalstenosen ist, es sich also nicht — wie von einzelnen behauptet — um ein bloſses Zusammentreffen beider handelt. Allerdings ist die ätiologische Beziehung zwischen jener Diathese und der ringförmigen, fibrösen Art dieser Strikturen noch nicht klar und deutlich nachgewiesen worden, jedoch wird ihr Vorkommen bei Syphilitischen von manchen als direkte Folge der Syphilis angesehen. Durch seine reiche und langjährige Erfahrung hat Verf. die Überzeugung gewonnen, dafs die Syphilis in der Ätiologie der Affektionen des Rektums eine viel gröfsere Rolle spielt, als bisher meist angenommen wurde. Das Rektum wird nicht nur in den späten Perioden derselben sehr häufig von

ihr affiziert, sondern sie ist auch in ihren frühen Stadien unter gewissen Umständen geneigt derartige Affektionen des Rektums hervorzurufen. Die mitgeteilten Fälle sind nicht die einzigen, deren genaue und vollständige Geschichte zur Verfügung stand. Hinsichtlich ihrer Details mufs auf das Original verwiesen werden.

Die zweckmäfsige Anwendung des Arseniks bei Hautkrankheiten, von EDWARD L. KEYES wird, wie auch der folgende Aufsatz, später bei der bereits erwähnten, zusammenhängenden Besprechung Berücksichtigung finden.

Die Frage nach dem Wert des Arseniks bei Hautkrankheiten, von W. A. HARDAWAY.

Molluscum contagiosum — eine Analyse von 50 Fällen, von CHARLES W. ALLEN.

Hervorragende Autoritäten wie FOX, KAPOSI, ROBINSON und andre erklären diese Krankheit für nicht kontagiös. Die immerhin seltenere Gelegenheit, dieselbe zu studieren, läfst es um so nötiger erscheinen mit allen Mitteln zur Aufklärung der Natur dieser Affektion beizutragen. Die Beobachtungen des Verf.s lassen nun die bisher nahezu allgemein als richtig acceptierte Lehre von der Nichtkontagiosität der Krankheit in etwas eigentümlichen Lichte erscheinen und das grofse Interesse, welches die vorliegenden Mitteilungen des Verf.s darbieten, läfst wohl eine kurze Besprechung derselben wünschenswert erscheinen.

Im Februar 1883 stellte sich dem Verf. eine 25jähr. Frau mit einer Gruppe von Molluscum-Geschwülsten an der rechten und einigen verstreuten an der linken Halsseite vor, welche vor 7 Monaten auf der rechten Seite an einer Stelle begonnen hatten, wo ihr an derselben Krankheit leidendes Kind beim Tragen sein Gesicht andrückte. Die Untersuchung ergab thatsächlich auf dem Gesicht des Kindes einen vereinzelten Tumor. Die von BULKLEY an 2 Stellen des linken Armes des Verf.s vorgenommene Impfung mit dem Geschwulstmaterial und dem ausgedrückten, talgähnlichen Inhalt hatte keinen vollen Erfolg. Nur an einer Impfstelle entwickelte sich eine kleine Papel, welche sich ausdehnte, abflachte und eine fleischrote Farbe annahm; sie schien eine Weiterentwickelung zu versprechen, allein statt dessen verschwand sie wieder. Verf. betrachtet diese Papel als ein abortives Ergebnis der Impfung.

Die Möglichkeit der Inokulation dieser Krankheit behaupteten schon RETZIUS, nach einem Versuch an sich selbst, VIDAL, infolge zweier erfolgreicher Versuche, Dr. PATERSON und andre, jedoch scheint diesen Ergebnissen nicht viel Gewicht beigelegt worden zu sein. Die interessanteste Beobachtung des Verf.s betraf das Auftreten dieser Krankheit in einem Kinderasyl und deren Verbreitung daselbst. Nahezu 100 Kinder dieser Anstalt litten an Scabies, und bei dieser Gelegenheit entdeckte Verf. zugleich einen Fall von Molluscum. Bei nunmehriger genauer Prüfung fanden sich

noch einige 30 weiterer Fälle. Die erstere Patientin hatte bereits bei ihrem Eintritt in das Asyl, vor einem Jahre, diese Geschwülste im Gesicht gezeigt und nach drei Monaten hatten sich dieselben nicht nur vergrößsert und vermehrt, sondern auch andre Kinder boten bereits dieselbe Affektion. Verf. entfernte an 42 Kindern 133 Tumoren auf operativem Wege — eine Zahl, wie sie bei einer gleichzeitigen, auf einem so engen Raum beschränkten Beobachtung wohl noch nicht vorgekommen sein dürfte. Es wurden nun zwei Kinder im Gesicht sowohl mit der weichen, als auch mit der festeren Masse des Molluscum geimpft. Trotzdem solche Kinder gewählt worden waren, welche schon vorher mit solchen Geschwülsten behaftet waren, so waren doch 3 Monate später keine Zeichen einer Reproduktion erkennbar. Drei Monate nach der operativen Entfernung der Tumoren waren 28 der operierten Kinder völlig frei geblieben und nur 12 zeigten neue Geschwulstgruppen. Bei 4 der letzteren fanden sich die neuerdings entwickelten Tumoren in der Nähe der ursprünglichen Läsionen, in keinem Falle an deren wirklicher Stelle, dagegen in mehreren Fällen an völlig neuen Orten. Alle Geschwülste fanden sich im Gesicht und am Hals und nur eine einzige auf der Schulter. Aufser diesen 12 Recidiven wurden 5 früher nicht affizierte Kinder in der Zwischenzeit befallen.

Verf. impfte sich darauf nochmals selbst an 2 Stellen auf der zarten Haut der Vorderarmbeugefläche und hat dieselben seitdem mit einem Uhrglas bedeckt, sowie etwas feucht gehalten. Einige Tage nach der Impfung war etwas Schmerz in dem Arm und der Schulter vorhanden und die Epitrochleardrüse schmerzhaft angeschwollen, wie sie auch noch empfindlich ist. Das Resultat dieser Impfung will Verf. zugleich mit dem Ergebnis seiner Untersuchungen über die Mikrobien des Molluscum — deren Existenz er für überaus wahrscheinlich hält — in nächster Zeit veröffentlichen.

Die Vermutung, dafs die Reizung der Haut bei der Krankheitsentwickelung eine wichtige Rolle spiele, kann durch diese Fälle nur bestätigt werden, denn wir haben hier eine Scabiesepidemie mit der durch diese Krankheit bedingten Reizung der Hautfläche. Die Reizung allein kann jedoch nach des Verf.s Ansicht nicht hinreichen um die Krankheit zu verursachen, denn von mehr als 100 an Scabies leidenden Kindern hatte noch nicht die Hälfte Molluscum. Manche mit letzterem behaftete Kinder hatten keine Scabies, und ihre Haut war, von den Tumoren abgesehen, völlig gesund und frei von Irritation. Die am dichtesten mit Tumoren besetzten Gesichter zeigten sich merkwürdigerweise in der Regel frei von Scabies, während kaum eine einzige Geschwulst auf dem zerkratzten und irritierten Körper gefunden wurde.

Von manchen Seiten wird Erweichung der Haut und häufiges Baden als begünstigendes Moment der Krankheitsentstehung betrachtet, jedoch findet sich das Molluscum sicher viel häufiger in armen und unreinlichen Familien, dagegen selten in den besseren Kreisen trotz der viel sorgfältigeren Körperflege und Reinlichkeit. Verf. glaubt vielmehr, dafs die Er-

weichung oder Befeuchtung der Hautfläche durch die Schweifsabsonderung die Übertragung der Krankheit durch Berührung begünstigen könne, so. z. B. wenn ein derartig erkranktes Kind sein Gesicht an dasjenige der Mutter oder an deren Brust anlegt, auf diese Weise dem Kontagium einen geeigneteren Boden bereitend.

Verf. geht nicht weiter auf die Pathologie des Molluscum ein, erwähnt jedoch, dafs das Vorkommen von Molluscumtumoren in diesen Fällen auf dem roten Lippensaum entschieden gegen den von manchen Seiten behaupteten Ursprung derselben in den Talgdrüsen spricht. Ebensowenig kann die Krankheit in allen Fällen von den Haarfollikeln ausgehen.

Verf. stellt die Gründe, welche nach seiner Ansicht für die Kontagiosität des Molluscum sprechen und die jetzige Bezeichnung gerechtfertigt erscheinen lassen, in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die von Batemann, Mackenzie, F. Fox, Liveing und andern berichteten Fälle, sowie der erste, oben mitgeteilte Fall sind schwer auf andre Weise zu erklären.

2. Die Ausbreitung in Familien, Schulen und Anstalten. — Liveing (*Lancet.* 5. Okt. 1878) berichtet 9 zusammenhängende Fälle in einer Schule.

3. Die Thatsache, dafs die der Berührung ausgesetzten Stellen nahezu ausschliefslich affiziert werden: das Gesicht bei Kindern, die Brüste bei Müttern, die Genitalgegend bei jüngeren Personen und besonders bei Prostituierten und den dieselben besuchenden Männern.

4. Die berichteten erfolgreichen Impfungen.

5. Ein negativer Erfolg bildet keinen Gegenbeweis, da auch andre zweifellos kontagiöse Krankheiten nicht immer erfolgreich übertragen werden können.

Die „Korrespondenz" enthält ein weiteres Schreiben über die **Behandlung der Rhus-Vergiftung** von Alfred E. Regensburger, welcher als das sicherste, wirksamste und schnellste Heilmittel die russischen Bäder empfiehlt. Dieselben sollen stets die Grundlage der Behandlung bilden, wenn auch daneben Salben gebraucht werden können.

Die Besprechung der „Dermatologie und Syphilographie in Frankreich" von L. Brocq berücksichtigt zunächst:

Chronisches Ödem der Lider und Ekzem der Nase. Besnier erwähnte in einem klinischen Vortrage gewisse chronische Ödeme der Augenlider, besonders der unteren, wodurch dieselben Wülsten ähnlich werden, in der Regel gleichzeitig mäfsige Schwellung des Gesichts. Beim ersten Sehen denkt man natürlich an eine Nierenaffektion, allein der Urin enthält kein Eiweifs. Während dieses Ödem früher dem Erysipel oder wiederholten Anfällen von Lymphangitis zugeschrieben wurde, hat Dr. Veritÿ gezeigt, dafs es meist in engem Zusammenhange mit chronischem Ekzem der Nasenlöcher steht. Bei Ausbreitung dieses Ekzems nach abwärts kann es Fissuren und besonders Verdickungen des oberen Lides, wie sie so häufig bei stru-

mösen Personen sind, verursachen. Die Ausdehnung nach aufwärts dagegen führt zu den soeben erwähnten ödematösen Infiltrationen. Natürlich bildet das Ekzem nicht die einzige Ursache, denn man beobachtet dieses Ödem auch bei Lupus und langsam verlaufenden, syphilitischen Läsionen dieser Teile.

Zur Behandlung dieses überaus hartnäckigen Ekzems empfiehlt Besnier eine allgemeine Kur mit Leberthran im Winter und Arsenik in andern Jahreszeiten, wenn nötig mit örtlicher Behandlung verbunden. Sehr günstig wirken häufige Nasendouchen mit lauwarmem Saint Christan-Wasser oder mit lauem Wasser mit Zusatz von Cuprum sulfuricum (0,5—1,0 auf 1 Quart). In den Pausen werden Wattebäuschchen, bestrichen mit einer Salbe von 10,0 Ungt. diachyl. auf 20,0 Vaseline oder Öl oder bestehend aus 1,0 Ungt. hydrarg. praecip. rubr. auf 20,0 Vaseline, in die Nase eingeführt. Bei sehr starker Schwellung der Lider empfiehlt er auch die Punktion mit dem feinsten Paquelin-Thermokauter.

Ekzem des Anus, mit speziellen Angaben über die einzuschlagende Behandlung. — **Lichen und seine Behandlung.** Eine Darstellung der Behandlungsweise, welche Dr. E. Vidal (*Annales de Derm. et de Syph.* 1886) für gewisse Arten des umschriebenen Lichen und besonders die von ihm als chronischer Lichen der Genital- und Analgegend bezeichnete Form empfiehlt, sowie eine Beschreibung der von ihm vorgenommenen Einteilung der Lichenarten. — **Behandlung der Psoriasis.** Bei der Besprechung verschiedener Mittel erklärt Brocq die Behandlung mit Kollodium — bestehend aus Acid. salicyl. 1 Teil, Acid. pyrogallic. 5 Teile, Kollodium 50 Teile — für die vorzüglichste, wenn sie nicht schmerzhaft und zuweilen reizend auf die Haut wirkte. Eine von ihm geprüfte Mischung aus: Acid. pyrogallic. 5,0, Kollod. 50,0 ist weniger schmerzhaft, aber auch etwas weniger wirksam, da die fehlende Salicylsäure die Wirkung der Pyrogallussäure verstärkt.

In dem Abschnitt „Ausgewähltes" wird u. a. die von Unna zusammengestellte Tabelle über die Absorption fettiger Substanzen mitgeteilt.

Von den den Schluſs dieses Heftes bildenden „kleinen Notizen" sei nur erwähnt: **Lösung für Vulvar-Syphiliden,** Chloral. hydrat. 5,0, Tinct. Eucalypti 10,0, Aq. dest. 100,0. (*Journ. de Méd. de Paris.*) — Bei **Gonorrhöe** verwendet Bedoin Bougies mit 10—20 Zentigr. Kokain im frühen Stadium, im späteren solche mit 20—25 Zentigr. Acid. boric. Es genügte eine Behandlung von 10 bis zu 23 Tagen. (*Le Progrès Méd.* 12. Juni. 1886.) — Gegen **Warzen** empfiehlt Vidal folgende Modifikation der Vorschrift Vigiers gegen Hornbildung: Acid. salicyl. 1,0, Alkohol (90 °) 1,0, Äther. 2,5, Kollod. 5,0. Täglich aufzupinseln. (*Journ. de Méd. et de Chir.*)

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Frankreich.

Pariser Korrespondenz. Behandlung der Blennorrhöe durch Injektionen von Jodoformöl. — Biskrabeule. — Hautabscesse der Achselhöhle. — Behandlung der Hautepitheliome.

Behandlung der Blennorrhöe durch Injektionen von Jodoformöl. Jodoform hat einen genügend bekannten Wert als Antiseptikum; aufserdem ist es ein Anästhetikum. Diese doppelte Eigenschaft hat Paul Thiéry veranlafst, dieses Medikament in mehreren Fällen von Blennorrhöe, welche dem Hospital du Midi überwiesen waren, anzuwenden. Es ist nicht gleichgültig, in welcher Periode das Medikament angewandt wird. Aus den vom Verf. vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen in 38 Fällen scheint hervorzugehen, dafs der Eiter frischer Blennorrhöen (vom ersten bis zum fünften Tage) die Gonokokken verhältnismäfsig wenig zahlreich enthält. Sie vermehren sich vom fünften bis zum fünfzehnten Tage, besonders um den achten oder zehnten Tag wimmelt es von ihnen, und nach dem fünfzehnten Tage haben sie in den meisten Fällen schon Neigung zu verschwinden. Man mufs also in den ersten vier Tagen, wenn die Mikroorganismen noch wenig zahlreich sind, die antiseptische Injektion vornehmen. Nach dieser Zeit sind sie so zahlreich, dafs das Resultat kein sehr günstiges mehr ist. Betrachtet man den Erfolg der Behandlung, so gelangt man zu einem Vorsprung von 18 bis 20 Tagen, welchen die Jodoforminjektionen gewähren, im Vergleich mit der gewöhnlichen Behandlung anfangs mit Emollientien, später mit balsamischen Mitteln. Der Vorteil ist also beträchtlich. Die bakteriologische Untersuchung gibt einen Beweis von der Schnelligkeit der Wirkung: je mehr man injiziert, desto schneller verschwinden die Mikrobien. Da nun die Patienten gewöhnlich die Einspritzungen nicht zu machen verstehen, so hält Thiéry es für gut, die Injektionen selbst zu machen; es zeigt sich dabei, dafs durch die gröfsere Exaktheit in der Ausführung der Injektionen die Anzahl der guten Resultate zunimmt. Injektionen mit konzentriertem Jodoformäther haben sich als zu schmerzhaft erwiesen; so blieb man bei einer Suspension gut gepulverten Jodoforms in Öl stehen. Vor der Injektion mufs die Flüssigkeit geschüttelt werden. Man injiziert zur Zeit 8 g Flüssigkeit. Der Patient komprimiert die Urethralöffnung mit dem Finger und hält die Injektion 20 Minuten lang bei sich.

Biskrabeule. Diese exotische, ziemlich selten im Hospital St. Louis beobachtete Affektion bildete kürzlich den Gegenstand einer sehr lehrreichen klinischen Besprechung durch Dr. Vidal. Der Kranke, welcher am 2. Dezember nach seiner in Algier beendigten Militärzeit nach Frankreich zurückgekehrt war, bot gleich nach seiner Landung nicht das geringste Zeichen einer Hautkrankheit dar. Aber ungefähr 3 Wochen später sah er, wie sich auf der Rückenfläche des linken Daumens eine kleine rote Beule bildete, welche sich in 2—3 Tagen vergröfserte, sich mit einer rundlichen Kruste bedeckte, unter welcher Eiter war. Drei oder vier Tage später traten ähn-

liche Beulen hinzu; schliefslich waren es zwanzig. Auf dem Rumpfe entwickelte sich keine. Aus diesen Beulen waren nach 12—15 Tagen Geschwüre geworden, von denen einige die Gröfse eines 50 Centimesstückes erreichten. Sie umgaben sich mit einem roten Hof, welcher entzündet, infiltriert, hart und bei Berührung schmerzhaft war. Auf diesem Hof konnte man sekundäre Knoten sich entwickeln sehen. Die Charaktere der Affektion und die Lebensbedingungen, in welchen sich der Patient befunden hatte, liefsen die Diagnose auf Bouton de Biskra stellen. Diese bald primäre, bald sekundäre Affektion kann den verschiedensten Erkrankungen, Impetigo, Akne, Vaccine etc. folgen, auch ganz gutartigen Verletzungen, z. B. einem Schnitt oder einem Insektenstich. Während der endemischen Periode, September und Oktober, kann sich die geringste Hautabschürfung in Bouton de Biskra umwandeln. Man braucht gar nicht einmal in Biskra zu verweilen, um die Krankheit zu bekommen, da Reisende, welche nur die Gegend passierten, befallen wurden. Es scheint in allen Fällen eine Inkubationsperiode zu existieren von dem Augenblicke an, wo der Parasit in den Körper eindringt bis zum Erscheinen der ersten Hautläsionen. Sehr selten ist nur eine Beule vorhanden; die Multiplizität erklärt sich leicht aus der Selbstinfektion, welche von jeder Beule wieder ausgeht. Diese Eigentümlichkeit wurde 1876 durch Weber, welcher zahlreiche positive Experimente gemacht hat, genügend bewiesen. Duclaux gebührt jedoch das Verdienst, 1884 das pathogene Agens des Bouton de Biskra gefunden zu haben. Nach diesem Forscher gehen die verschiedenen Krankheitsformen aus der Art und Weise hervor, wie zahlreich die Mikrobien eindringen und welchen Widerstand sie an den Gewebszellen finden. Man erhält verschiedene Krankheitsformen, jenachdem man eine konzentrierte oder abgeschwächte Kultur verwendet und jenachdem man unter die Haut oder direkt ins Blut injiziert. Die Diagnose ist nur im Anfang schwer. Bei dem Patienten des Dr. Vidal glich die Affektion anfangs Ekthyma, aber nach dem Auftreten der andern Ulcerationen konnte die Diagnose gestellt werden. Trotz antiseptischer Mafsnahmen und der Isolierung der Stellen vergröfserten sich dieselben und nahmen definitiv das Aussehen von Biskrabeulen an. Die ulceröse Form der sekundären Syphilis darf nicht mit der Biskrabeule verwechselt werden. Die Erscheinungen derselben sind ja viel allgemeiner, sie sitzen sowohl am Rumpf als an den Extremitäten; die Ulcerationen sind weniger tief, ihre Kruste ist weniger trocken, weniger leicht, weniger adhärent. Ulcerationen, welche durch tertiäre Syphilis bedingt sind, sind viel tiefer und ihre Kruste läfst sich mit Leichtigkeit abheben. Über die Behandlung hat Dr. Laveron dieselbe Ansicht wie die Araber, dafs es nämlich nützlich wäre, abzuwarten; man vermeidet so tiefe Läsionen und ausgebreitete Narben. Die Araber hüten sich die Läsionen zu ätzen, vielmehr bedecken sie dieselben möglichst einfach und suchen eine Austrockung herbeizuführen. Vidal ist der Ansicht, man könne in allen Fällen dies Verfahren nachahmen, wo keine Neigung zum ulcerösen Zerfall vorhanden ist. Innere

Medikation hat niemals Erfolge erzielt. In manchen schweren Fällen hat die Kauterisation mit rotglühendem Eisen guten Erfolg gehabt durch die Umwandlung der virulenten Beule in eine einfache.

Hautabscesse der Achselhöhle. Die sekretorischen Funktionen der Schweifsdrüsen der Achselhöhle spielen in der Pathogenie der dort auftretenden Hautabscedierungen eine Hauptrolle, so dafs Dr. Molliére, Arzt am Krankenhause in Lyon, dieses Kapitel in seinen klinischen Besprechungen sehr hervorgehoben hat. Diese Drüsen, welche sich von andern Schweifsdrüsen in der Struktur unterscheiden, haben eine exklusive und durch besondere Umstände bedingte Sekretion. Es ist bekannt, dafs man bei einem Patienten, welcher sich schnell entkleidet, die Achselhöhlen von Schweifs nafs finden kann, während der ganze übrige Körper trocken ist. Es ist ferner bekannt, dafs manche Substanzen auf diesem Wege ausgeschieden werden, z. B. die Mineralsalze und die Kupfersalze, welche dem Schweifs eine besondere Farbe geben. Auch infektiöse Stoffe können diesen Weg wählen; so erklären sich die oberflächlichen Drüsenentzündungen der Achselhöhle, welche so oft als Komplikation in der Rekonvalescenz nach allgemeinen Infektionskrankheiten beschrieben wurden, vom Puerperalfieber bis zur Tuberkulose. Der Achselhöhlenabscefs wird anatomisch durch die Haut begrenzt; er kann infektiöser Natur sein, sei es von aufsen, sei es von innen infiziert, und man kann aus dem Sitz allein manchmal seine Schwere voraussagen. Von diesem Gesichtspunkte aus ist die Behandlung eine notwendig gegebene; man wird die allgemeine Infektion bekämpfen, sowie die spezielle Lokalisation dadurch dafs man Substanzen in den Organismus bringt, welche durch die Achseldrüsen ausgeschieden werden können, ohne dabei jedoch die Anwendung schmerzlindernder und antiseptischer Mittel zu unterlassen. Von den letzteren ist besonders zu berücksichtigen 5 %ige Karbolsäurelösung und Liquor van Swieten.

Behandlung der Hautepitheliome. Die Hautepitheliome, zu welchen man auch die aus lokaler Acne sebacea entstandenen Läsionen rechnen kann, haben in der Mehrzahl der Fälle eine sehr langsame und gefahrlose Entwickelung. Von seiten des Beobachters wurde deswegen fast immer das Leiden als ein noli me tangere betrachtet. Jedoch können diese Affektionen plötzlich in rapides Wachstum gerathen, wenn sie sich in der Nähe einer Schleimhaut befinden. In dem letzteren Falle mufs man nach Dr. Reclus (Kliniker am Hôtel Dieu) zum Messer greifen, Applikation von chlorsaurem Kali ist dann von keinem Nutzen. Nichtsdestoweniger berichtet dieser Chirurg von einer Anzahl von Fällen, in welchen durch örtliche Anwendung dieses Mittels Heilung erzielt wurde. Es wurden Tarlatankompressen aufgelegt, welche mit einer übersättigten (6 %igen) Lösung von chlorsaurem Kali getränkt waren. In einem Falle handelte es sich um eine alte Frau von 80 Jahren, welche eine sehr ausgesprochene Aorteninsufficienz hatte und auf dem einen varikösen Unterschenkel einen mit der Tibia verwach-

senen epithelialen Tumor von der Gröfse eines Fünf-Frankstückes zeigte. Bei dieser Kranken, bei welcher eine blutige Operation kontraindiziert war, war die Applikation von übersättigter chlorsaurer Kalilösung, einen Monat lang fortgesetzt, von einer kompletten Heilung gefolgt, welche seit einem Jahre beständig geblieben ist.

Die Behandlung der Hautepitheliome mit chlorsaurem Kali datiert schon 40 Jahre zurück, aber erst seit 1863 sind wichtige Arbeiten darüber publiziert worden, und seit dem folgten die Thatsachen und zahlreiche Heilungen sehr schnell auf einander. Nach der Angabe eines der bedeutendsten Ärzte des Hospital St. Louis, Dr. Lailler, behandele ich in einigen Fällen das Epitheliom des Gesichts auf folgende Weise. Nach Entfernung der Krusten durch Kataplasmen werden Kompressen aufgelegt, welche in folgende Lösung getaucht werden:

Wasser	175 g
Glycerin	25 g
Kalium chlorium	8 g.

Man mufs erst das chlorsaure Kali in heifsem Wasser lösen und dann Glycerin zusetzen.

Paris. Dr. H. Fournier.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Rufsland.

Dozent Pospelow (Moskau) beschreibt 2 Fälle **idiopathischer Hautatrophie.** (*Med. Obosrenijo.* Sep.-Abdr.) Bei beiden Fällen handelt es sich um 50jährige Frauen.

Fall I: Eine Köchin, welche eines Unterschenkelgeschwürs wegen ins Hospital kam, bot folgende Hautveränderungen dar: Die Haut des linken Armes ist faltig, trocken, ziemlich kühl und livid gefärbt. Wenn man die Falten anfühlt, macht sich eine deutliche Verdünnung der Haut bemerkbar, das Unterhautzellgewebe fast völlig geschwunden, namentlich am Verderarm. Die Muskeln des Corium sind ebenfalls geschwunden, die Elastizität der Haut fehlt vollständig, auch die Wollhaare sind nicht vorhanden. Dabei sind die Sensibilität und die Schweifsfunktion vollständig intakt. Das Temperaturgefühl auf der kranken Extremität etwas herabgesetzt.

Derselbe Befund läfst sich auch an der linken untern Extremität konstatieren, anfangend vom untern Drittel des Oberschenkels bis zur Fufssohle. Die Sehnenreflexe sind erhalten. Im übrigen keinerlei Organveränderungen. Die Anamnese ist nicht ganz klar, jedoch gibt Pat. an, in ihrem 17. Jahre nach einem längeren Gange bei Schnee und Kälte rote Flecke auf dem linken Oberarm bemerkt zu haben, die vergingen und eine Verdünnung der Haut zur Folge hatten. Ein Jahr darauf heiratet Pat. und hat nur einmal geboren, mit nachfolgendem Puerperalfieber. Im Alter von 23 Jahren

infizierte sie sich mit Syphilis, welches Leiden jedoch ohne Einfluſs auf die Hautaffektion blieb. 27 Jahre später trat die Atrophie auch an der unteren Extremität auf.

Mit Bewilligung der Pat. schnitt P. ein Hautstückchen aus dem Oberarm aus und untersuchte es mikroskopisch. Dabei ergab sich, daſs die Atrophie nicht alle Hautschichten in gleicher Weise betrifft, am stärksten ist die Muskelschicht verdünnt, und sind namentlich die horizontalen Muskeln des Corium deutlich affiziert und zwar in der Weise, daſs sie teils mit Rundzellen infiltriert und verdickt, teils so bedeutend atrophiert erscheinen, daſs man an ihrer Stelle nur geschrumpfte Bindegewebsbündel findet. Die Köllikerschen schrägstehenden Muskeln sind fast nirgends zu erkennen, ebense wie auch die M. arrectores pilorum nur noch andeutungsweise bestehen. Die Veränderungen erklären es leicht, weshalb die Haut die Fähigkeit verloren hat, eine „Gänsehaut“ zu bilden, weshalb sie so schlaff und faltig geworden.

Das Stratum corneum ist meist verdünnt, an einzelnen Stellen jedoch auch verdickt. Auch die Oehlsche und Langerhansscbe Schicht sind verdünnt. Das Strat. Malphigii zeigt eine Abflachung der einzelnen Papillen und eine leichte Erweiterung der Kapillarschlingen. Die Arterien sind unverändert, die Venen dagegen erweitert und stellenweise ist ihre Wandung verdickt. Die Talgdrüsen sind etwas atrophiert, die Schweiſsdrüsen haben fast gerade, kaum merklich spiralige Ausführungsgänge, während die Drüsenknäuel mehr flach horizontal liegen. Die Haarbälge sind atrophisch. Die Hautnerven zeigen keine merklichen Veränderungen. Das Unterhautzellgewebe ist bedeutend atrophisch.

Fall II: Eine 50jährige verheiratete Bäuerin. Vor 2 Jahren begann das Leiden, indem sich während des Winters auf der Dorsalfläche des rechten Handgelenks zwei dunkelrote Flecke bildeten, die sich weiter auf den ganzen Vorderarm und die Finger ausbreiteten, worauf die Haut anfing, faltig zu werden und abschuppte. Subjektive Symptome fehlten.

Stat. praes. Die Haut der ganzen rechten obern Extremität ist von rötlich violetter Färbung und verdünnt, namentlich in dem unteren Teile des Vorderarms dermaſsen, daſs die Sehnen durchschimmern und die feineren Anastomosen der Hautnerven deutlich sichtbar werden. Je höher hinauf zur Schulter, umso weniger ausgeprägt ist die Veränderung, und wird sie zur Klavikulargrube mehr inselförmig. Linkerseits ist ebenfalls Hautatrophie vorhanden, nur weniger prägnant und nur bis zum untern Teile des Oberarms reichend. Auch beide untere Extremitäten, wenn auch in schwächerem Grade, sind affiziert, und geht die Veränderung auch auf die linke Hinterbacke über. Die Schweiſsabsonderung ist etwas erhöht, die Talgabsonderung dagegen, wie es scheint, vermindert.

Dr. W. Budsko teilt einen Fall von **Naevus pigmentosus permagnus s. Nigrismus partialis** mit (*Med. Obosrenije.* 1887. Nr. 7), welchen er im Moskauer Findelhause beobachtet hat. Das Kind kam am Tage der Geburt dorthin,

wog 3040 g, war 50 cm lang und von mittlerem Ernährungszustande. Das Kopfhaar blond, an den pigmentierten Regionen zeigte jedoch auch das Haar eine dunklere Färbung. Die Iris grau. Die inneren Organe nicht verändert. Die Haut normal gefärbt bis auf einen ausgedehnten, dunkel pigmentierten, stellenweise höckerig erhobenen Naevus, welcher folgende Ausdehnung hatte: er reicht vom rechten Oberschenkel vom untern Drittel, vom linken Oberschenkel vom obern Drittel an nach oben vorn bis zum Rippenbogen, hinten rechts bis zur Spina scapulae, links bis zum Angulus scapulae. Aufserdem noch pigmentierte Flecke auf dem linken Oberschenkel, am linken Ellbogen und in der Achselhöhle, 3 kleine Flecke an der linken reg. temporalis, einer an derselben Region rechterseits, schwache Pigmentierungen an dem linken Oberarm. Bemerkenswert ist die Abwesenheit von Symmetrie und Fehlen der Ausbreitung, entsprechend den Bahnen irgend welcher Hautnerven.

Der beschriebene Fall ist der dritte derartige, der im Moskauer Findelhause beobachtet worden; die beiden ersten sind von Dr. Müller im Bericht des Findelhauses pro 1876—79 genau beschrieben. Auch im Petersburger Findelhause ist 1869 ein ähnlicher Fall beobachtet worden.

Dr. Retiwzew hat sich der sehr dankenswerten Mühe unterzogen, die **bei Malaria vorkommenden Hautaffektionen** einer eingehenden Beobachtung zu unterziehen, und zwar auf Grund eines Materials von ca. 2000 Malariafällen, die er im Krankenhause — von denen 400 genauer im Spital von Wladikawkas beobachtet wurden — und dem transkaukasischen Gebiete behandelt hat. Er fand folgende Hautaffektionen:

1. Roseola. Dieselbe traf er bei 2,5 % der Fälle und zwar am häufigsten während der ersten 8 Tage der Erkrankung, besonders an der Brust und am Unterleibe, selten an den Extremitäten, nie im Gesicht. In einzelnen Fällen erschien die Roseola in kleinen Schüben, die sich jedoch stets innerhalb der Zeit eines Tages folgten und nicht wie bei Abdominaltyphus innerhalb mehrerer Tage. Nach 2—3 Tagen blafste sie ab und schwand stets spurlos in 3—4 Tagen. Von der Roseola des Typhus unterscheidet sich die Malariaroseola durch ihr äufserst seltenes Übergehen in Petechien.

2. Grofsfleckiges Erythem wurde bei 3 % der Fälle beobachtet. Es erschien bei den verschiedensten Formen der Malaria und ging auch oft Anfällen voraus. Bei einzelnen besonders disponierten Pat. begleitete das Erythem jeden Anfall. Es zeigt sich in Form von rosaroten Flecken von Hirsekorn- bis Handtellergröfse, von Jucken und Brennen begleitet. Selten hält es sich länger als 2 Tage, oft bleibt es nur wenige Stunden, doch werden auch Übergänge in hämorrhagische Formen (Purpura) beobachtet, wobei sich Exsudationen bilden (Erythema exsudativum haemorrhagicum), es kann sogar zu Blasenbildung kommen. Desquamation wurde ebenfalls beobachtet.

3. Urticaria sah Verf. bei 4,5 % der Fälle, ebenfalls zuweilen als

Erscheinung larvierter Anfälle. Häufig kommt sie gleichzeitig mit Erythema vor.

4. Herpes facialis gehört zu den häufigsten Begleiterscheinungen der Malaria (bei 22 %), meist an den Lippen oder Nasenflügeln. Das häufige Auftreten von Herpes labialis nach Beendigung des Anfalles möchte Verf. zum Teil dem Chiningebrauch zuschreiben.

5. Herpes Zoster wird in seiner typischen Form bei Malaria äufserst selten beobachtet. Verf. sah es unter 2000 Fällen nur ein einziges mal, wie auch diese Affektion im Kaukasus überhaupt selten vorkommt (unter 3528 Pat., welche 1885 die Ambulanz in Wladikawkas besucht, nur 6mal, obgleich sich unter diesen Pat. 814 Malariapatienten befanden.

6. Miliaria rubra und alba wurde recht selten beobachtet.

7. Petechien wurden bei schweren Fällen sehr häufig konstatiert (28 % bei den stationären, 19 % bei den ambulanten Patienten). Fast durchweg handelte es sich aber dabei um Pat., welche bereits an Malariakachexie litten. Es traten wiederholt Nachschübe auf. Meist sind die Petechien nicht sehr zahlreich und finden sich auf der Brust, dem Unterleib und den Innenflächen der Oberschenkel, doch verbreiteten sie sich in einzelnen schweren Fällen über den ganzen Körper.

8. Purpura simplex und Morbus Werlhofii sind eine Teilerscheinung der Malariakachexie. So fand Verf. in 11 Fällen Morb. Werlhofii 8 mal, dafs Malaria vorhergegangen war, Purpura simplex wurde bei 1,5 % der Pat. gefunden. (*Wratsch.* No. 10, 12—13.)

Dr. Leontowitsch beschreibt (*Russkaja Medicina.* 1886. Nr. 41) einen Fall von **Arsenexanthem**. Einer alten Dame wurde wegen hartnäckiger Fieberanfälle Solut. Fowleri 2,0 : 16,0 Aq., 2mal tägl. 10 Tropfen, verordnet, und bereits am folgenden Tage trat starkes Jucken am Halse und obern Teile der Brust auf, und am dritten Tage ein kleinfleckiges rotes Exanthem an der genannten Stelle, wo die Haut leicht anschwoll und das Jucken unerträglich wurde. Am fünften Tage breitete sich das Exanthem auf die ganze Brust und den Unterleib aus. Nach Aussetzen des Arsens schwand alles in 3—4 Tagen und wiederholte sich in derselben Weise, als von neuem Arsen gegeben wurde. Während aber nun Kali arsenicosum und Acid. arsenic. mit Kali bromat. (in Pillen) nicht vertragen wurden, konnte Chininum arsenicosum ganz ohne unangenehme Nebenwirkung gegeben werden. Verf. meint, es handele sich in diesem Falle um Idiosynkrasie.

St. Petersburg. O. Petersen.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Fig. 1a

Fig. 1b

Fig. 1c

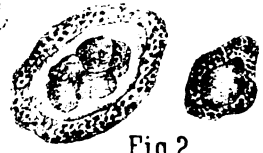


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

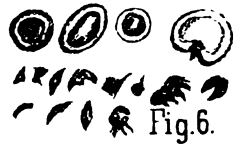
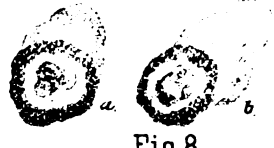


Fig. 6.

(3 μ)

Fig. 7.

Herpes zoster.



a. b. c.

Fig. 8.

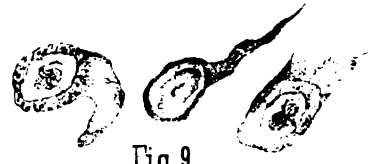


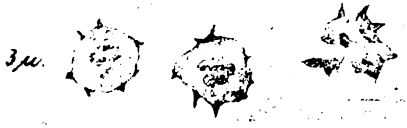
Fig. 9.

36 μ.

Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 12.



3 μ.

Fig. 13.

Fig. 14.

Varicella.

L. Pfeiffer 15/5. 1887.

Leopold Voss, Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 13. 1. Juli 1887.

Über Parasiten im Bläscheninhalt von Varicella und von Herpes Zoster und über die Beziehungen derselben zu ähnlichen Parasiten des Pockenprozesses.

Vorläufige Mitteilung von

Dr. L. Pfeiffer,

Geh. Medizinalrat und Vorstand des Grofsherzogl. S. Impfinstituts in Weimar.

Mit 1 lithogr. Tafel.

Eine in den Monaten Februar bis Mai d. J. abgelaufene Epidemie von Varicella und die Beobachtung von sechs Zosterfällen, ebenfalls in den letzten Monaten vorgekommen, gaben die Gelegenheit ab, den frischen Inhalt dieser Exantheme einer gleichen Untersuchung zu unterziehen, wie in No. 10 dieser *Monatshefte* bezüglich des Pockenprozesses ausführlicher beschrieben worden ist.

Bei diesen drei Krankheitsformen treten Parasiten auf, deren Entwickelungsgang mit einem amöboiden Stadium beginnt, weiter eine Encystierung durchläuft und nach massenhafter Sporenausscheidung (wobei zugleich Dauerformen sich bilden) wieder zur amöboiden Form zurückkehrt. Eine genaue Abgrenzung der einzelnen Entwickelungsstufen und die Differenzierung der sicher untereinander verschiedenen 3 Formen stehen noch aus; ob die Einreihung in das zoologische System bei den Coccidien oder bei den Amöben stattfinden wird, ist auch für die hier in Frage kommenden zwei neuen Formen der Zukunft überlassen.

I. Herpes zoster.

Die beobachteten Zosterfälle waren einfache, nicht durch ein

Nervenleiden oder ein Trauma komplizierte. Der Sitz war 4 mal der typische auf der einen Halbseite des Brustkorbes; einmal der Verlauf der rechten Arteria brachialis und radialis bis zur Rückenfläche des Daumens, einmal die Oberlippe und Nasenspitze links. Gefunden ist der Parasit in sämtlichen 6 Fällen; nicht dagegen in dem Inhalt eines herpetischen Ausschlages, welcher sich recidivierend alle vier Wochen als Begleiter der Menstruation am Mund einzustellen pflegt. Leider gelang es nur einmal, Herpes labialis im Verlaufe der in Weimar sehr seltenen Pneumonie zur Beobachtung zu bekommen, und hat die Untersuchung des sparsamen Bläscheninhaltes auch infolge mangelhafter Sterilisierung beim Sammeln kein befriedigendes Resultat gehabt; jedenfalls waren aber die im Sputum des Patienten gleichzeitig und zahlreich vorhandenen, bisher als Alveolarzellen bezeichneten, Formen im Herpesinhalt nicht vorhanden.

Eine Verimpfung von frischem Zosterinhalt auf zwei bisher noch nicht von Zoster befallen gewesene Individuen hat negatives Resultat ergeben.

Der nachfolgend skizzierte Entwickelungsgang des Parasiten ist nicht kontinuierlich unter dem Mikroskop beobachtet, sondern aus einer sehr grofsen Reihe von Kulturen im hängenden Tropfen kombiniert worden. Die Sporulation ist mit Zeiss Aprochromat, 2 mm und Ocular 12 beobachtet und gleicht der Sporulation bei Variola und Vaccine.

Das Plattenverfahren hat Staphylococcus cereus albus als konstanten Begleiter, neben zufälligen Verunreinigungen mit Saccharomyces und Proteus, ergeben.

Fig. 1. Vom Dienstmädchen K., am zweiten Tage des Ausschlages; kleine wasserhelle Bläschen im 1. V. Interkostalraum. Am 11. April frisch im hängenden Tropfen, aus neutraler Peptonfleischbrühe hergestellt, beobachtet. Vergröfserung 700. Gewärmtes Mikroskop.

Fig. 1 a. Reife Cyste, mit Sporenschicht und äufserer Schleimhülle, ohne feste Cuticula. Die Schleimhülle (Ektosark) ist in fortwährender Verschiebung; nach einer Stunde (in Fig. 1 c) im Begriff sich abzustofsen. Auch geschwänzte Formen, wie bei Varicella, kommen vor im gleichen Präparat. Gröfse 5—30 μ.

Fig. 2. Zwei reife Exemplare mit frei gelegter Sporenschicht.

Fig. 3. Dasselbe Präparat am 13. April. Die eine Cyste gequollen; die Sporen zum Teil abgestofsen.

Fig. 4. Zwei leere, gequollene Cysten mit Resten von Nahrungsballen; die grofse 42 μ. Herstammend von Frau Z., vom 24.—25. Februar im Wärmschrank gehalten.

Fig. 5. Reife Sporen, glattwandig, strukturlos, mit Andeutung einer Vakuole, vom Gymnasiasten v. K., 3 Tage (11.—13. Apr.) im Wärmschrank gehalten. Vergröfserung 1200. — Andeutung eines beweglichen Körnchens in der letzten grofsen ($1^1/_2$—2 μ) Spore.

Fig. 6. Zahlreiche Amöben, in demselben Präparat am 16. April enthalten. Der Austritt derselben aus den Sporenhältern ist nicht direkt beobachtet. — Gleiches amöboides Stadium in allen andern Fällen konstatiert.

Fig. 7. Am 18. April in demselben Präparat zahllose Formen, wie in Fig. 7; nicht mehr frei schwimmend, sondern nur um sich selbst undulierend; mit Übergängen nach der ganz pseudopodienlosen, ruhigen Form, die mit glatter, doppelter Kontur umgeben ist.

II. Varicella.

Der nachfolgend zu beschreibende Parasit ist in mehr als 30 Fällen von Varicella ausnahmslos gefunden worden. Einzelne Erkrankungen betrafen frisch vaccinierte Kinder; es enthielten alsdann die Varicellenbläschen den nachfolgenden grofsen Parasiten, die Vaccinebläschen den kleineren Vaccineparasiten, wie er in voriger Nummer beschrieben worden ist. Die Verimpfung des Varicelleninhaltes hat 3 mal binnen 5 Tagen lokalen Varicellenausschlag am geimpften Arm in gedrängt stehender Menge, am 7. und 8. Tage noch zerstreut auftretend, ergeben. Die Verimpfung des Vaccineinhaltes von einem ebenfalls mit Varicellen behafteten Kinde hat zunächst nach 7 Tagen nur gute Vaccine und 5 Tage später (also nach 12 Tagen) Varicella (Impferfolg?) ergeben.

Die Untersuchung mit dem Plattenverfahren hat nur den Staphylococcus cereus albus und Sarcineformen konstatiert.[1]

Fig. 8. a. b. c. Zusammengehörig. Die 15 μ grofse Cyste ist im Begriff, die Schleimhülle abzustofsen. Vergröfserung 700. Präparat am 4. bis 5. April im Wärmschrank gehalten.

Fig. 9. Andre, ähnliche Formen aus demselben Präparat, am 7. April gezeichnet.

---

[1] Conf. L. Pfeiffer. Die bisherigen Versuche zur Reinzüchtung des Vaccinekontagiums und die Antiseptik der Kuhpockimpfung. *Zeitschrift für Hygiene* von R. Koch und C. Flügge. 1887. II. Band. Heft III.

Fig. 10. Aus einem andren Präparat. Grofse gequollene Cyste; Sporen aus der anscheinend konsistenten Schale austretend. Sporenschicht nicht freiliegend, wie beim Zoster.
Fig. 11. Leere Cysten mit Resten von Nahrungsballen.
Fig. 12. Sporen mit Vakuole, mit ins Freie strebendem amöboidem Inhalt und junge tanzende Amöben.
Fig. 13. Eine gröfsere, schwach rotierende, zur Ruhe kommende Amöbe.
Fig. 14. Dieselbe Amöbe, mit doppelter Kontur und angedeutetem Kern.

Ein Fall von Lichen ruber obtusus et planus.

Von

Dr. Adolph Lutz

in São Paulo (Brasilien).

Patient, ein ca. 25jähriger Apotheker, der sich bis dahin einer guten Gesundheit erfreut hatte, erkrankte im Dezember 1885 an heftigen Kardialgien, welche sich steigerten, sobald etwas in den Magen eingeführt wurde. Nachdem dieselben 3 Monate bestanden und auf seinen Ernährungszustand einen entschieden nachteiligen Einfluſs ausgeübt hatten, verschwanden sie ziemlich rasch und vollständig. Wenige Tage darauf erschienen zum ersten mal auf den Vorderarmen und Fuſsrücken zerstreute rote Flecke von Linsengröfse, welche nach dreiwöchentlichem Bestehen spontan zurückgingen. Pat. befand sich darauf während mehrerer Monate vollkommen wohl, bis im August 1886 wieder eine ähnliche Eruption erfolgte; sie erschien zuerst an den Armen, dann am Rücken und schliefslich am ganzen Körper unter Freibleiben von Kopf, Hals, Brust, Unterleib, sowie Unterschenkeln, Fuſssohlen, Handballen, Fingern und Zehen. Die reichlich vorhandenen Effloreszenzen waren von Hirsekorn- bis (reichlich) Linsengröfse; einzelne davon waren bedeutend gröfser (etwa wie ein Pfennigstück), doch war dann immer ein Konfluieren aus einer Gruppe kleinerer zu konstatieren. Ihre Farbe war gelbrot, je nach der Injektion der Haut mehr ins rote oder gelbliche spielend; ihre Oberfläche glatt, wachsartig glänzend oder bei der Minderzahl mit ganz dünnen, seidenpapierartigen Schüppchen bedeckt; dabei waren sie entweder in toto etwas erhaben und flach oder mit einzelnen kleinhöckerigen Erhabenheiten besetzt. Sie waren weder schmerzhaft, noch juckend; nur die gröfseren waren zum Teil gegen Druck und Stoſs sehr empfindlich.

Sie bestanden bis Ende September ohne weitere Behandlung, als daſs Patient (ohne ärztliche Leitung und in keineswegs methodischer Weise) etwas Solutio Fowleri innerlich brauchte und einen Versuch mit starker (20 %) Chrysarobinsalbe machte; dieselbe reizte die Haut sehr stark, führte

aber an der Applikationsstelle (Vorderarm) in ca. 8 Tagen zum Verschwinden der Flecke. An den übrigen Stellen stand der Ausschlag noch in voller Blüte, als Pat. in meine Behandlung kam. Ich liefs denselben die Unnasche Karbolsublimatsalbe anfertigen und allgemeine Einreibungen mit derselben vornehmen. Diese konnte wegen beruflicher Hindernisse nicht ganz konsequent durchgeführt werden und wurde vom Pat. an einzelnen Tagen unterlassen. Trotzdem waren schon nach zwei Wochen sämtliche behandelten Effloreszenzen verschwunden, unter Zurücklassung einer deutlichen gelbbraunen Pigmentierung. Bei der Behandlung fand eine rasche Abflachung statt, während die Schuppenbildung etwas zunahm und auch etwas Jucken auftrat, bevor die Effloreszenzen — und zwar grofse und kleine gleichzeitig — vollständig verschwanden.

Nur an den mittleren Partien des Rückens, die der Patient bei den aus äufseren Gründen von ihm selbst vorgenommenen Einreibungen nicht gut erreichen konnte und deshalb unbehandelt liefs, blieben die Effloreszenzen bestehen und breiteten sich von da aus ganz allmählich wieder über den Körper aus. Ende Januar 1887 hatte die Eruption am Rücken wieder solche Dimensionen angenommen, dafs sie einem mäfsigen Masernexanthem ähnlich sah, nur dafs sich zahlreiche, durch Konfluenz gebildete, gröfsere Plaques vorfanden. Daneben waren auch an den Vorderarmen, Schultern und Unterschenkeln zerstreute neue Effloreszenzen, teils als miliare Papeln, teils als 3—5 mm grofse, erhabene Flecke erschienen, und diesmal bestand auch in jeder Hohlhand ein roter etwas prominierender Fleck mit scheinbar intakter Hornschicht (nicht mit Schuppen, wie bei Psoriasis palmaris). Dagegen waren niemals im ganzen Krankheitsverlaufe Pusteln oder Bläschen neben den erhabenen Flecken und Papeln erschienen.

Auch diesmal führte die Unnasche Schmierkur rasch zur Besserung, so dafs Pat., nach dem er während einer mehrwöchentlichen Reise fleifsig Einreibungen gemacht hatte (wobei diesesmal auch der Rücken bedacht wurde), bei seiner Rückreise bis auf die Papeln der Hohlhand geheilt erschien. Letztere hatten sich hartnäckiger gezeigt, wurden aber schliefslich auch durch Sublimatkollodium definitiv beseitigt. Seitdem haben sich keine Recidive mehr gezeigt.

Was nun die Diagnose des beschriebenen Falles anbetrifft, so konnte ich denselben schon bei der ersten Untersuchung nur als Lichen ruber ansprechen; die einzelnen Effloreszenzen zeigten in vollkommener Weise teils die Charaktere des Lichen planus, teils diejenigen des obtusus, wie sie von Unna geschildert und zusammengestellt sind. Bei dieser wohl keineswegs seltenen, auch von Boeck (s. diese Zeitschrift. No. 10. 1886) beobachteten Kombination fehlte jede Andeutung des Lichen acuminatus; vielmehr waren die erhabenen Effloreszenzen nicht zugespitzt,

sondern mehr abgerundet, oft deutlich fein gedellt und ohne Schuppen. Dementsprechend zeigte auch das klinische Bild eine zwar hartnäckige, aber durchaus gutartige Affektion.

Eine weitere Bestätigung erfuhr die Diagnose durch die prompte Wirkung der bereits vielfach erprobten UNNAschen Salbe, da die zweimalige rasche Involution der seit Wochen und Monaten in gleicher Intensität bestehenden Eruption nur der eingeleiteten Therapie zugeschrieben werden konnte. Das Fehlen des Juckens, die starke Pigmentierung, die mangelnde Verschlimmerung bei Einwirkung reizender Medikamente, die geschilderten Eigentümlichkeiten der einzelnen Effloreszenzen, endlich ihre ganze Verteilung und Anordnung konnten die Diagnose eines papulösen Ekzems nicht aufkommen lassen. Auch die wohl allein noch zu berücksichtigende Eventualität eines papulösen Syphilids erschien teils anamnestisch, teils durch die objektiven Befunde der Untersuchung ausgeschlossen. Das Fehlen jedes Primäraffektes, jeder kondylomatösen oder plaque muqueuse ähnlichen Effloreszenz, sowie der Lymphdrüsenschwellungen, ferner das Freibleiben der Stirne, endlich die dreimalige allmähliche Entwickelung aus einer erst regionär begrenzten Affektion möchte ich für skeptisch veranlagte Leser noch ganz besonders betonen.

Die geschilderte Beobachtung bietet in mancher Hinsicht einiges Interesse: Erstens vom medizinisch-geographischen Standpunkte, indem sie das Vorkommen des Lichen ruber in der Provinz São Paulo, d. h. im tropischen Teile Brasiliens, erweist. Dafs auch hier zu Lande, wie anderswo, die Affektion nicht gerade häufig ist, zeigt der Umstand, dafs mir unter circa 3000 Privatpatienten bisher nur dieser Fall vorgekommen ist und mir auch sonst weder aus der Provinz, noch sonst aus Brasilien oder überhaupt aus Südamerika eine andre Lichenbeobachtung bekannt wurde. (Damit soll natürlich weder das Vorkommen unerkannter, noch die bewufste Beobachtung andrer Fälle bestritten sein.)

Ob die vorausgegangenen Kardialgien in irgend welcher Beziehung zum Lichen ruber standen, lasse ich dahingestellt, da mir analoge Fälle nicht bekannt sind. Nach der genau erhobenen Anamnese möchte ich glauben, dafs es sich um ein Ulcus

ventriculi handelte, welches spontan heilte, wobei die wegen der Schmerzen eingeleitete Beschränkung und Auswahl der zugeführten Nahrung die Vernarbung begünstigte. (Immerhin scheint mir auch für diesen Fall die Meinung, dafs diese Koinzidenz nicht ganz zufällig sei, nicht ohne weiteres zu verwerfen.) Jedenfalls ist aber nach dem Zeugnisse des Patienten die erste, spontan zurückgezogene Eruption bereits als Manifestation des Lichen ruber anzusehen. Das selbständige Verschwinden dieser ersten Ankündigung eines oft so hartnäckigen Leidens ist gewifs bemerkenswert und beweist die Möglichkeit einer — wenigstens temporären — Spontanheilung. Die Wirkung der Chrysarobinsalbe zeigt, dafs auch von andern äufseren Mitteln Erfolge erwartet werden können; ich will dabei erwähnen, dafs auch eine von mir vorgenommene lokale Applikation einer Jodkalilösung trotz kurzer Versuchsdauer einige Besserung hervorbrachte.

Eine weitere interessante Erscheinung ist das Persistieren der nicht behandelten Papeln am Rücken, ein Umstand, der dafür spricht, dafs die Wirkung der Salbe eine vorwiegend lokale, nicht etwa, wie man glauben könnte, eine allgemeine ist (wie z. B. die der Quecksilberschmierkur bei Syphilis). Endlich deutet die Beobachtung darauf hin, dafs durch die Persistenz einzelner Effloreszenzen eine gewisse Gefahr späterer allgemeiner oder regionärer Recidive gesetzt wird.

Die Lokalisation des Lichen planus in der Hohlhand war mir neu und dürfte wohl eine seltene sein; leider fehlte es mir an Gelegenheit, mich über diesen Punkt weiter zu informieren. Unna beschreibt dieselbe Lokalisation bei Lichen acuminatus, welche aber ein andres Bild gab (Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber. *Petersburger med. Wochenschr.* 1884. No. 45 und ff.) Immerhin dürfte es nicht gerechtfertigt sein, die Möglichkeit einer solchen zu bestreiten, da die Flecke in Form und Gröfse durchaus den andern Planusplaques entsprachen; sie kamen trotz der natürlich etwas dickeren, obwohl in diesem konkreten Falle relativ zarten Hornschicht deutlich mit hellroter Farbe zur Geltung, während von miliaren Obtususpapeln nichts zu sehen war.

Ich möchte schliefslich noch anführen, dafs ich von der zweiten Eruption eine kleine Obtususgruppe extirpierte und zu

weiterer Bestätigung der Diagnose mikroskopisch untersuchte; die Befunde stimmten mit den bisherigen im wesentlichen überein. Es fand sich eine zellige Infiltration, teils in Form umschriebener, besonders dem Papillarkörper angehöriger Herde, teils in längeren, die Knäueldrüsengänge und Haarbälge in die Tiefe begleitenden Zügen. Mikroorganismen konnte ich trotz Anwendung verschiedener Methoden nicht nachweisen.

Über das Vorkommen der einzelnen Lepraformen, sowie der Erscheinungen an Augen, Nase und Ohren.

Resultate der Untersuchung von 48 Fällen aus dem Leprahospital in Rio de Janeiro.

Von

Dr. Azevedo Lima und Guedes de Mello

in Rio de Janeiro.

Aus dem Portugiesischen übersetzt von Dr. Adolph Lutz.

Obgleich die Lepra an den verschiedenen Beobachtungsorten stets denselben nosologischen Charakter darbietet, so zeigt sie doch zahlreiche Variationen ihrer Form, je nach den Organen und Geweben, welche sie befällt, sowie nach Intensität, Dauer und Einfluſs auf den Organismus des Kranken. Sie kann sich bei jahrelanger Dauer durch ein einziges Symptom verraten (z. B. durch einen Fleck), oder zahlreiche und verschiedenartige Erscheinungen darbieten, welche durch ihre relative Häufigkeit den Krankheitstypus bestimmen. Indessen können diese Typen ineinander übergehen oder sich bei denselben Kranken kombinieren; sie repräsentieren daher keine verschiedenen Arten, haben aber ihren praktischen Wert für die Beurteilung des Krankheitszustandes und -verlaufes.

Nach zahlreichen, während mehrerer Jahre im Spital in Rio angestellten Beobachtungen muſs daselbst die anästhetische Form als die häufigste angesehen werden; auf diese folgt die knotige Lepra, während die fleckige Form am seltensten beobachtet wird. Die von Dr. Poncet aus Mexiko beschriebene „Lepra lazarina“ kam nicht zur Beobachtung. Dagegen sind gemischte Formen

häufig, speziell die Kombination des tuberösen und anästhetischen Typus, während knotige und fleckige Form seltener zusammentreffen.

Im Krankheitsbeginne zeigt die prodromale Eruption die nachträglich erscheinende Form nicht mit Sicherheit an; anderseits kann eine andre Form sich mit einer bereits bestehenden verbinden oder dieselbe substituieren.

Die anästhetische Form wird von Prodromen eingeleitet, welche oft sehr lange dauern und gewöhnlich in Neuralgien, besonders lancinierenden Schmerzen, oder in der plötzlichen Eruption von Bläschen und Blasen bestehen, die eine erst seröse, später eiterige Flüssigkeit enthalten und bei ihrem Platzen zu Ulcerationen von kurzer Dauer führen, welche durch anästhetische, beim Weifsen helle, beim Farbigen pigmentierte Narben ersetzt werden. Zuweilen gehen der Anästhesie Erscheinungen von Hyperästhesie voraus.

Die Anästhesie ist fast immer symmetrisch und entspricht dem Verbreitungsbezirk von Nervenstämmen, in seltenen Fällen ist dieselbe unregelmäfsig und asymmetrisch.

Die knotige Form bricht entweder plötzlich aus, oder die Prodrome bestehen in leichtem Fieber und Unwohlsein, abwechselnd mit Perioden vollständigen Wohlbefindens, bis an verschiedenen Körperteilen, besonders an den ausgesetzteren (Gesicht, Hals, Arme und Hände), Flecke verschiedener Gröfse erscheinen, welche sich wegdrücken lassen und beim Weifsen fast immer rot, beim Farbigen dunkler als die entsprechende Hautpartie sind.

Diese Flecke treten bald stärker hervor und können in der Folge persistieren oder verschwinden und durch andre ersetzt werden. Bei weiterer Dauer bilden sich aus diesen Flecken oder an freien Hautstellen stärkere Infiltrationen als gröfsere flache Verhärtungen, oder dicke Knoten von verschiedener Gröfse, welche stark prominieren und gruppenweise über Hände, Ohren, Gesicht, Hals, Stamm etc. zerstreut sind.

Die fleckige Form charakterisierte sich in den beobachteten Fällen durch hyperämische, beim Weifsen intensiv rote, beim Schwarzen dunkle Flecke, die klein beginnen, sich allmählich ausdehnen und zuweilen im Zentrum eine atrophische Depression

zeigen. Diese Flecke erscheinen fast immer plötzlich und ohne daſs der Kranke Vorboten bemerkte. Früher oder später verschmelzen in der Regel die Symptome der Lepra maculosa mit denjenigen der anästhetischen Form.

Bei dem gewöhnlichsten — aus tuberöser und anästhetischer Form — gemischten Typus kann die eine Erscheinungsart prädominieren. Selten — und auch dann nur in den letzten Perioden — folgt die knotige Form auf die makulöse.

Die reine, unkomplizierte Lepra anaesthetica, welche hier häufig zur Beobachtung kommt, gibt die besten Aussichten, was die Lebensdauer betrifft, wie die früher erwähnten Beispiele zeigen.

Die tuberöse Form nimmt meist einen langsamen Verlauf, aber ihre Dauer ist geringer, als die der anästhetischen. Die Kranken erliegen irgend einer gewöhnlich visceralen Komplikation, von denen wir, der Häufigkeit nach, Läsionen des Darmkanals, der Lunge, der Leber, der Nieren und des Herzens anführen. Nicht selten nimmt die Krankheit eine akute, galloppierende Form an und überrascht die Kranken, während sie sich scheinbar im befriedigendsten Zustande befinden.

Die makulöse Form kann unabhängig und als einzig hervortretendes Krankheitssymptom jahrelang bestehen, ohne den Gesamtorganismus zu gefährden; tritt später der Symptomenkomplex der anästhetischen Form auf, so beherrscht derselbe das Krankheitsbild und wird für den Verlauf maſsgebend.

Nach diesen kurzen Betrachtungen, dem Resultat einer sechsjährigen Spitalbeobachtung eines der Verfasser, folgen die im Titel erwähnten Befunde an den augenblicklichen Insassen des Leprahauses in Rio de Janeira.

1. Fall. Tuberöse Form. Cyrilla, 22 Jahre alte Mulattin aus der Provinz Espirito Santo, seit 5 Jahren krank.

Zahlreiche Knoten an Stirn, Nasenwurzel und Brauengegend; letztere fast vollständig kahl. An den beiden obern Augenlidern symmetrische Ulcerationen, dem mittleren Drittel entsprechend. An dieser Stelle fehlen die meisten Cilien und die noch vorhandenen zeigen unregelmäſsige Stellung; an den untern Augenlidern sind die Cilien erhalten. Conjunctiva pal. und bulb. sehr entfärbt mit vereinzelten geschlängelten Gefäſsen. Das obere Cornealdrittel beiderseits, soweit es gewöhnlich vom obern Augenlid bedeckt ist, zeigt ein Infiltrat; ein ähnliches, aber geringeres am untern Teile der

r. Cornea. An den Pupillen geringe Beleuchtungsreaktion. Die Iris zeigt mehrere hintere Synechien, und an der vordern Linsenkapsel sind einige Flecke von Irispigment — Residuen abgelaufener Iritis — zu sehen. Beide Papillen sind etwas entfärbt; die linke zeigt im umgekehrten Bilde nach oben und innen eine Unterbrechung der kreisförmigen Begrenzungslinien.

Die Nase zeigt aufser den Knoten an Rücken und den Flügeln unregelmäfsig zerstreute Ulcerationen (der Schleimhaut?) rechterseits.

Ohrmuscheln von Knoten bedeckt, einige derselben ulceriert. Allgemeine Sklerose des weifslich verfärbten Trommelfells rechts; leichte Einziehung desselben links.

2. Fall: Tuberöse Form. Maria, 20jähr. Mulattin aus der Provinz Espirito Santo, seit 7 Jahren krank.

Augenbrauen am äufsern Drittel beiderseits fast vollständig fehlend. Conjunct. palp. rechts stärker, vaskularisiert wie links, ebenso die Conj. bulb. dextr. Cornea beiderseits im obern Drittel infiltriert, besonders rechts, wo Iritis mit totaler hinterer Synechie besteht. Pupille klein, unregelmäfsig. Der Augenhintergrund wegen Glaskörpertrübung nicht sichtbar. Die Nase zeigt einige Knoten am Eingange; ein besonders grofser sitzt am Septum auf, welches nach links verdrängt ist, während die rechte Nasenhöhle fast ausgefüllt wird. Verlust der mittleren und unteren Nasenmuscheln beiderseits.

Ohren: Links normal. Rechtes Trommelfell matt, Lichtreflex abnorm, kurzer Hammerfortsatz vorspringend.

3. Fall. Tuberöse Form. Anna M., weifser Rasse, 55 Jahre alt, aus der Provinz Minas, krank seit 5 Jahren.

Fast vollständiger Verlust der Augenbrauen und Cilien. Konjunktiven entfärbt; die Conj. bulb. dextr. zeigt nach aufsen einige Gefäfse. Leichte Trübung des Glaskörpers beiderseits; Cornea und Iris beiderseits normal.

Zerstörung der Nasenmuscheln; Substanzverlust des Septums, von alten Blutgerinnseln bedeckt.

An den Ohren nichts Bemerkenswertes.

4. Fall. Tuberöse Form. Marianna, 15 Jahre alt, Negerin aus der Provinz Maranhão, seit 4 Jahren krank.

Augenbrauen fehlend, die entsprechende Gegend mit kleinen Knoten bedeckt. Cilien spärlich. Conjunctiva, Cornea und Iris beiderseits normal, ebenso die Pupillarreaktion. Glaskörper l. getrübt, die entsprechende Papille erscheint im umgekehrten Bilde elliptisch (grofse Achse von oben innen, nach unten aufsen); aufserdem scheint eine Verlängerung nach oben zu bestehen, und sieht man nach oben und aufsen zwei Flecke von Retinitis exsudativa.

Beide Nasenhöhlen durch Adhäsion der oberen Flächen der unteren Muscheln mit dem Septum auf Gänsekieldicke verengt, zeigen einige Ulcerationen und Blutkrusten. — Ohren normal.

5. Fall. Tuberöse Form. José Cearo, 50jähriger Mulatte aus São Paulo, seit 6 Jahren krank.

Spärliche Haare am äufsern Drittel der Arcus superciliaris. Cilien fehlen besonders am untern Augenlide. Einige Gefäfsinjektionen an den Conj. palp. et bulb. Pupillen nicht vollkommen rund, reagiren gut. Rechts leichte Trübung um die in der Vertikalrichtung etwas verlängerte Papille. Links geringere peripapilläre Trübung wie rechts. Im umgekehrten Bilde 2 weifse Flecke im Niveau der Sehnervenscheide, ein gröfserer aufsen, ein kleinerer nach oben und innen.

Ohrmuscheln beiderseits diffus verdickt, mit verschiedenen Knoten besetzt. Trommelfelle glanzlos, Lichtkegel rechts fehlend, links schwach. Hammergriff links etwas vorspringend. — Nase eingesunken, abgeflacht, zeigt zwei deutliche Furchen, die beiderseits am Nasenrücken zwischen mittlerem und unterem Drittel beginnend um die Flügel herum bis zu den Nasenlöchern verlaufen, während zwei andre vertikale Furchen die Teilung des unteren Nasendrittels in 3 Abteilungen (Spitze, rechten und linken Flügel) vervollständigen. Die mittlere Abteilung springt besonders stark hervor. Zwei andre Furchen verlaufen mit den ersten parallel vom innern Augenwinkel nach aufsen und unten, wodurch die mittlere Nasengegend mit den anliegenden Gesichtspartien hervorgewulstet wird. Die Schleimhaut zeigt einige Ulcerationen am Septum, die untere Nasenmuschel fehlt beiderseits.

6. Fall. Tuberöse Form. Bruno, 29jähr. Mulatte aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 8 Jahren krank.

Brauen und Cilien fehlen fast vollständig. Leichte katarrhalische Conjunctivitis, Thränenträufeln. Pupillen etwas unregelmäfsig, reagieren schlecht. Rechte Papille zeigt (im umgekehrten Bilde) etwas Blässe der innern Hälfte. Glaskörper leicht getrübt.

Ohrmuscheln diffus verdickt, Ohrläppchen voluminös, herabhängend. Beiderseits Lichtkegel verkleinert, Hammergriff vorspringend, weifslich, von einer weifsen Linie begleitet, welche an seiner Hinterseite nach oben verläuft und unter Bildung eines kleinen Kreisbogens sich im knöchernen Ringe verliert.

Die Nase zeigt ähnliche Verhältnisse, wie bei Nr. 5, nur besteht hier keine vollkommene Symmetrie; die Furche ist links vertieft, rechts unterbrochen und deshalb der linke Nasenflügel stärker vorspringend. — Nasenhöhlen sehr verengt, bilden rechts einen cylindrischen Kanal, links eine enge Spalte durch Adhärenz der Muschel mit der Schleimhaut des Septums. Perforation des Gaumengewölbes an seinem höchsten Punkte, Zerstörung der Uvula der Mandeln und eines Teiles des Gaumensegels.

7. Fall. Tuberöse Form. Francisco, 40jähr. Portugiese, seit 4 Jahren erkrankt. Augenbrauen spärlich. Cilien und Conj. normal. Glaskörper zeigt beiderseits starke Trübung.

An den Ohren keine Abnormitäten.

Nase an den Flügeln von Knötchen bedeckt, der linke durch Ulceration eines Tuberkels in der Mitte gespalten und stärker vorspringend. Totaler Verlust der unteren Nasenmuschel beiderseits. Grofse Perforation des Septums.

8. Fall. Tuberöse Form. Antonio Francisco, 16jähr., weifser Rasse aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 4 Jahren erkrankt.

Brauen und Cilien spärlich. Conj. blafs. Pupillen rechts unregelmäfsig. Retinalgefäfse geschlängelt, besonders rechts, wo auch Blässe der unteren Hälfte der Papille zu konstatieren.

Trommelfelle beiderseits leicht eingezogen, mit gespaltenem Lichtreflex.

Nase abgeflacht, zeigt auf dem Rücken einige Knoten; unteres Drittel durch eine Furche abgesetzt. Verlust der beiden unteren Nasenmuscheln. Beide Höhlen durch Adhäsionen auf Gänsefederkieldicke verengt.

9. Fall. Tuberöse Form. José Abren, 18jähr., weifser Rasse, aus der Provinz São Paulo, seit 6 Jahren krank.

Verlust von Brauen und Cilien. Lidränder von kleinen Knoten besetzt. Haut des l. o. Augenlides mit verzweigten Gefäfsen. Conj. blafs. Rechts Cornea infiltriert, besonders an der Stelle, die gewöhnlich durch das obere Augenlid bedeckt wird. Rechte Iris mit einem Pigmentfleck, der wie ein Stahlsplitter aussieht. Rechte Pupille unregelmäfsig, oval (gr. Durchmesser schräg nach oben und aufsen, wo nur noch ein schmaler Irissaum zu sehen). Rechte innere Hälfte der Papille blafs. Linkes Auge ohne Abnormität.

Ohrenmuscheln verdickt. Trommelfell rechts ohne Glanz.

Ulcerierte Knoten am Nasenrücken und Flügeln. Verlust der unteren Nasenmuschel beiderseits; Ulceration und Perforation des Septums.

10. Fall. Tuberöse Form. Agosticho, 14 J., weifser Rasse aus der Prov. Rio Grande do Sul, seit 5 Jahren krank.

Ulcerierte Knoten an Orbitalrändern und Nasenwurzel. Verlust der Brauen. Cilien der unteren Augenlider spärlich, besonders links Knoten an den Lidrändern, mit verzweigten Gefäfsen der entsprechenden Region. Injektion der Conj. palp. Pupillenreaktion normal, indessen die Öffnung links verzogen (gr. Durchmesser senkrecht). Linke Cornea normal. Innere Hälfte der rechten Papille (im umgekehrten Bilde) etwas blafs. Links ein atrophischer Fleck in der Gegend der Macula; ein kleinerer mehr nach oben mit hellerem Grunde und stärkerem Pigmentsaum.

Ohrmuscheln von Knötchen bedeckt, ein gröfserer nimmt das Ohrläppchen ein. Trommelfell beiderseits weifslich und glanzlos.

Nase von Knötchen bedeckt, an den Flügeln einige derselben ulceriert. Untere Nasenmuscheln fehlen. Perforation des Septums.

11. Fall. Tuberöse Form. Eusebio, 41jähr. Mulatte aus der Prov. Rio de Janeiro.

Verlust von Brauen und Cilien. An den Lidern grofse Knötchen mit

entsprechender Gefäfsinjektion, letztere auch an der Konjunktivalfläche. Pupillen ohne Reaktion, kontrahiert, unregelmäfsig, oval. (Gr. Diameter links vertikal, rechts von oben aufsen, nach unten innen.) Linke Iris mit weifsen Pünktchen bestäubt (Kalkinfiltration). Corneae in den oberen, vom oberen Lide bedeckten Partien infiltriert. Unter Atropingebrauch leichte Mydriasis, welche die Unregelmäfsigkeit der Pupille noch deutlicher hervortreten läfst. Die Papillen erscheinen in senkrechter Richtung verlängert, blafs. Eine kleine hintere Synechie.

Ohrmuscheln hypertrophisch, voll von zum Teil ulcerierten Knoten. Trommelfelle weifslich, matt; Lichtkegel undeutlich, Hammergriff etwas vorspringend.

Nase eingesunken, abgeflacht. Verlust der Muscheln. Knoten auf der Schleimhaut, die links dem Septum adhäriert.

12. Fall. Tuberöse Form. Henrique S., Mulatte aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 6 Jahren krank.

Verlust der Brauen an der äufsern Hälfte der Bögen, an deren Stelle Knoten. Cilien spärlich. Knötchen der Lider und der unteren Conj. bulb. nach aufsen von der Hornhaut und Infiltration des vom oberen Augenlid bedeckten Cornealteiles. Irisreaktion beiderseits normal.

Beide Ohrmuscheln von Knoten bedeckt, Trommelfelle eingezogen, am unteren Ende des nach rückwärts verzogenen Hammergriffs eine Kalkplatte.

Nase fängt an sich abzuflachen und einzusinken. Am Septum rechts Knötchen und Ulcerationen, links Unebenheiten. Verlust der Nasenmuscheln.

13. Fall. Tuberöse Form. Florencio, 12jähr. Neger aus der Prov. Rio de Janeiro, seit 1 Jahr krank.

Conj. injiziert. Pupillen rund, reagieren gut. L. Glaskörpertrübung. Ohren normal.

Nase zeigt Ulcerationen der Flügel. In den Höhlen Knoten, welche zur Schwellung der Muscheln und der Mucosa septi geführt haben, so dafs sie sich berühren und kaum eine feine Sonde durchlassen.

14. Fall. Gemischte Form. Paulina, Negerin aus der Provinz Rio de Janeiro, 24jähr., seit 4 Jahren krank.

Verlust der Brauen, in der entsprechenden Region Verhärtung der Haut, besonders nach aufsen, wo auch einige deutliche Knoten. Cilien an den beiden äufseren Dritteln der unteren Augenlider sehr spärlich. Conj. palp. stark injiziert, namentlich an den unteren Lidern mit erweiterten und geschlängelten Gefäfsen; ein ähnlicher Befund, doch weniger deutlich an den Conj. bulb. Die brechenden Medien beiderseits klar mit normalem Augenhintergrund. An der Nase einige kleine Knötchen der Flügel, sonst keine Abnormitäten.

Die Ohrmuscheln zeigen Atrophie der Knorpel, besonders des Läppchens. Trommelfelle normal.

15. Fall. Gemischte Form. JOANNA, 36jähr., weifser Rasse, aus der Provinz São Paulo, seit 8 Jahren krank.

Beiderseits Verlust der Brauen im äufseren Drittel, sowie der oberen Cilien. Conj. beiderseits entfärbt, mit Knötchen am oberen und äufseren Sklerocornealrand. Rechte Pupille unregelmäfsig, reagiert schlecht; keine hintere Synechie. Leichte Glaskörpertrübung.

Die Nase zeigt am Rücken und den Flügeln verzweigte Gefäfse, Nasenöffnungen durch Knoten der Flügel verengert. Am vorderen Teile des Septums von Blutkrusten bedeckte Geschwüre, ebenso mehr nach hinten; die ganze Mucosa weifslich, hypertrophisch.

16. Fall. Gemischte Form. MARIA C., 46jähr. Negerin aus der Prov. Bahia, seit 4 Jahren krank.

Verlust der Augenbrauen in ihrer äufseren Hälfte, beiderseits Knoten an den oberen Lidrändern. Gefäfsinjektion an der Conj. palp. und ein Pigmentfleck ebendaselbst links unten. Abwechselnde Kontraktionen der Musc. recti beiderseits. Injektion der Conj. bulb.; Cornea und Iris beiderseits normal, letztere reagiert vollkommen. Papillen blafs, besonders links.

Ohrmuscheln von Knoten besetzt; ein besonders grofser am rechten Tragus. Trommelfelle eingezogen, Hammergriff und Proc. brev. vorspringend. Lichtkegel verkleinert.

Am Nasenrücken einige Knoten. Untere Nasenmuschel links atrophisch, rechts etwas vergröfsert, rot mit unregelmäfsiger Oberfläche. Die ganze Mucosa rechts stärker gerötet, wie links.

17. Fall. Gemischte Form. José BENTO, 54jähr. Portugiese, seit 3 Jahren krank.

Verlust der Brauen im obern Drittel; Haut der oberen Augenlider schlaff, vor dem äufseren Teile der bulbi wie ein Schleier herabhängend. Konjunktivalkatarrh. Pupillen nicht ganz regelmäfsig, reagieren gut. Glaskörper leicht getrübt. Innere Hälfte der Sehnervenpapillen blafs.

An den Ohren keine Abnormität.

Das Nasenseptum zeigt rechts einen Schleimhautknoten.

18. Fall. Gemischte Form. ANTONIO GOMEZ, 50jähr. Portugiese, seit 10 Jahren krank.

Fast vollständiger Verlust der Brauen. Cilien spärlich. Linkes Auge durch Panophthalmitis erblindet, zeigt geringe Spannung, dabei Conjunctivitis, Injektion der Mucosa bulbi und vollständige Opazität der Cornea, die in ihrem äufseren Drittel vollständig von einer vaskulierten Membran (Pannus bedeckt ist.

Rechte Cornea zeigt in ihren beiden äufseren Dritteln ebenfalls einen Knoten in Gestalt einer vaskularisierten Membran, in der Mitte eine kleine Ulceration, zu welcher vom äufseren Rande Gefäfse verlaufen. I. Drittel derselben durchsichtig Gefäfse am unteren Augenlide deutlich.

Ohren, rechtes Trommelfell matt, Hammergriff vorspringend mit einer

Verkalkung am unteren Ende, Lichtkegel gespalten. Linkes Trommelfell matt, im unteren Segment eine Kalkeinlagerung an Stelle des Lichtkegels, von dem nur noch der unterste Teil als kleiner Streifen sichtbar.

Die Nase mit herabhängender Spitze; daselbst ein ulcerierter Knoten, der die Lumina der Höhlen verengt. Mucosa rechts blafs und ulceriert. Untere Nasenmuscheln fehlen.

19. Fall. Gemischte Form. João R., 22jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 10 Jahren krank.

Vollständiger Verlust der Brauen und Cilien. Gefäfse der Conj. injiziert. Cornea rechts vollständig, links in ihrer äufseren Hälfte infiltriert. Innere Hälfte der Papillen (im umgekehrten Bilde) blafs.

Ohrmuscheln sehr hypertrophisch. Trommelfell (beiderseits?) matt; Lichtkegel reduziert. Kalkeinlagerung am unteren Ende des Hammergriffes.

Nasenhöhlen durch die Abflachung der Nase verengt; rechte untere Nasenmuschel zerstört. Adhäsionen, die das Lumen der Höhlen verringern, besonders rechts.

20. Fall. Gemischte Form. Antonio M., 20jähr., aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 10 Jahren krank.

Gänzlicher Verlust der Brauen und Cilien. Conj. beiderseits weifslich, mit rudimentären Knoten an den Cornealrändern. Allgemeine Infiltration der beiden Corneae, Serontrecon im oberen Teile derselben. Pupillen etwas unregelmäfsig, geben geringe Reaktion.

Ohren: Muscheln stark hypertrophisch, sonst keine Abnormitäten.

Nase abgeflacht. Ulceration der Schleimhaut mit Zerstörung der Muscheln, die rechte Nasenhöhle durch Verwachsungen der Mucosa auf Gänsekieldicke verengt.

21. Fall. Gemischte Form. Joaquin A., 12jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Rio de Janeiro (Petropolis), seit 6 Jahren krank.

Fast vollständiger Verlust der Brauen und Wimpern. Die wenigen, am oberen Lide noch vorhandenen Cilien nach innen abgelenkt. Kleine ulcerierte Knötchen an der Bindehaut des rechten Lides. Katarrh. Conjunctivitis. Infiltration der Cornea, der Bedeckung durch das rechte Lid entsprechend. Gute Reaktion der Iris beiderseits. Die Papillen in ihrer inneren Hälfte etwas blafs, die linke in vertikaler Richtung etwas verlängert.

Ohren: Muscheln verdickt, Trommelfelle von gleichmäfsiger roter Farbe.

Nase abgeflacht, eingesunken mit kleinen Knoten. Nasenhöhle rechts vollständig zugeschwollen, links durch Verwachsungen auf Gänsekieldicke verengert.

22. Fall. Gemischte Form. Francisco R., 18jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Rio de Janeiro (Petropolis), seit 10 Jahren krank.

Verlust der Brauen und Wimpern. Conjunctivae blafs, mit deutlichen Gefäfsnetzen. Infiltration der Corneae, der Bedeckung durch das obere Lid

entsprechend. Pupillen queroval, reagieren gut unter Beibehaltung dieser Form. Papillen blafs, besonders in ihrer inneren Hälfte, die rechte leicht deformiert, mit geschlängelten Gefäfsen.

Ohren: Muscheln hypertrophisch. Schleimhaut beiderseits matt, mit fehlendem Lichtkegel. R. proc. brev. stark vorspringend, Hammergriff normal; im hinteren Segment Adhäsion mit der Paukenhöhlenwand, Vorspringen des M. tensor tymp.

Nase abgeflacht und eingesunken. Verlust der Muscheln. Nasenhöhle durch Schleimhautverwachsung auf eine enge senkrechte Spalte reduziert; an verschiedenen Stellen der Mucosa Blutkrusten. Links ist die Öffnung auf Gänsekieldicke verengert.

23. Fall. Gemischte Form. João Telles, 14jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 6 Jahren krank.

Verlust der Brauen und der Wimpern der rechten Lider. Conj. mit Gefäfsnetz. Rechts ein weifslicher Fleck an der Bindehaut des Lides, Cornea, soweit sie von diesem bedeckt wird, infiltriert. Linke Pupille verzogen, fast quadratisch, Glaskörper trübe.

Ohren: Muscheln hypertrophisch, mit Substanzverlusten infolge von Ulcerationen. Kalkeinlagerungen im Trommelfell, dem unteren Ende der Hammergriffe entsprechend.

Nase eingesunken, abgeflacht. Beide Nasenhöhlen (besonders die linke) durch Verwachsung des Septums mit der gegenüberliegenden Schleimhaut verengert.

24. Fall. Gemischte Form. Vicense, 19jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Espirito Santo, seit 10 Jahren krank.

Verlust der Brauen. Cilien spärlich. Knoten am Orbitalrande, Stirn- und Nasenwurzel, an der äufseren Hälfte des ulcerierten Lidrandes, die zum Teil durch Ulceration von Knoten des Orbitalrandes nach oben verzogen ist. Linke Conjunct. blafs mit deutlichem Gefäfsnetz. Irisreaktion gut. Papillen weifs, mit verengten Venen. Rechts Staphyloma posticum u. a. im umgekehrten Bilde. Fädige Glaskörpertrübungen nach verschiedenen Richtungen, welche die Papille kreuzen und zum Teil bedecken. In der Gegend der Macula ein länglicher Fleck (Richtung von r. a. nach u. i.) mit grauem Grunde und fleckigen Pigmentauflagerungen; im unteren Teile ein Fleck von lebhafterem Rot, als die umgebende Netzhaut. Links dieselben fädigen Trübungen wie rechts. Etwas Atrophie der Chorioidea, von der einige Gefäfsstämme sichtbar sind.

Ohren: Muscheln hypertrophisch; die rechte ulceriert, zeigt Zerstörung der Helix. Rechtes Trommelfell weifslich, eingezogen. Hammergriff nach hinten abgelenkt, vorspringend, ebenso der proc. brev. Lichtkegel gespalten, Kalkeinlagerung am unteren Ende des Hammers. Links undeutlicher Lichtkegel; ein heller Fleck am oberen Ende des Hammergriffs.

Nase eingedrückt, sehr abgeflacht; Nasenlöcher senkrecht; an der äufseren

Haut Ulcerationen und Narben; Schleimhaut entfärbt. Vollständiger Verlust der Nasenmuscheln; grofse Perforation des Septums in seinem vorderen Teile, mehr nach hinten eine Verwachsung mit der äufseren Wand der rechten Nasenhöhle. Knoten und Ulcerationen an der Mucosa.

25. Fall. Gemischte Form. João B., 14jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 10 Jahren krank.

Vollständiger Verlust der Brauen. Conj. palp. et bulb. injiziert. Das Netz der konjunkt. und subkonjunkt. Gefäfse links am deutlichsten, wo die Gefäfse bei vollständigem Verlust der Elastizität wie Fäden geronnenen Blutes aussehen. Die Gefäfse der äufseren Partie erscheinen gestreckt, wenn der Blick nach innen, gewunden, wenn derselbe nach aufsen gerichtet ist. Pupille rechts weniger, links sehr unregelmäfsig. Hintere Synechien. Auf der vorderen Linsenkapsel Irispigment. Linke Papille in der äufseren Hälfte blafs, die Gefäfse verlaufen nach der inneren Seite.

Ohren: Nur Hypertrophie der Muscheln.

Nase: Septum mit den seitlichen Partien vollständig verwachsen, so dafs der Pat. durch den Mund athmen mufs; nur rechts eine kleine Öffnung von 1 mm Durchmesser.

Gaumengewölbe sehr hoch; Gaumensegel an einigen Stellen verstümmelt.

26. Fall. Anästhetische Form. Ernestina, 16jähr. Mulattin aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 6 Jahren krank. Mutilation einiger Finger und Retraktion andrer. An Auge und Nase keine Abnormitäten.

Ohren: Beide Trommelfelle etwas eingezogen; rechts eine Verkalkung am unteren Ende des Hammergriffes; links Lichtkegel auf einen Strich reduziert.

27. Fall. Anästhetische Form. Antonia, 40jähr. Portugiesin, seit 35 Jahren krank.

Brauen reichlich, Wimpern spärlich, aber lang. Paralysie der M. orbicularis; infolge dessen ungenügende Adaption der Lider an den Bulbus und beständiges Thränenträufeln. Venöse und arterielle Gefäfsinjektion am äufseren Teile der oberen Lider in der Nähe der Cilienwurzeln. Conj. bulb. mit geschlängelten Gefäfsen, Conj. palp. stark injiziert. Rechts leichtes Exsudat um die undeutlich abgegrenzte, hyperämische und geschwollene Papille mit erweiterten Gefäfsen (Neuritis). Nase mit hypertrophischer, entfärbter Schleimhaut. Ohren normal.

28. Fall. Anästhetische Form. Luisa, 56jähr. Mulattin aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 10 Jahren krank.

Brauen und Wimpern spärlich. Ektropion der unteren Lider durch Paralyse und Atrophie des Orbicularis, links deutlicher wie rechts. Atrophie des Tarsus, so dafs die oberen Augenlider auf 2 dünne durchsichtige Platten reduziert sind. Entfärbung und Blässe der Conj., Thränenträufeln. Symmetrische Infiltration der unteren Cornealteile.

Nase: Septum im hintern Teile nach links verbogen; die Muscheln fehlen beiderseits. Farbe der Schleimhaut nicht verändert.

Ohren: Muscheln atrophisch. Trommelfell von einer gleichmäfsigen weifslichen Farbe. Lichtkegel fehlt rechts, links ist er gespalten.

29. Fall. Anästhetische Form. Maria J. aus der Provinz Minas Sereas, 34jähr. Mulattin, seit 25 Jahren krank.

Brauen und Cilien in mäfsiger Menge. Leichte Lähmung der Orbiculares, links deutlicher wie rechts, mit Epiphora. Conj., Cornea und Iris beiderseits normal, letztere mit schwacher Reaktion. Die Papillen sind blafs, besonders rechts. Im Glaskörper rechts zahlreiche Exsudate; einige von äufserster Feinheit sind nur mit dem Planspiegel sichtbar.

Trommelfell rechts verdickt, weifslich und glanzlos. Lichtkegel punktförmig; links in eine unbewegliche, fibröse Platte verwandelt.

Nase: Schleimhaut blafs; untere Muscheln atrophisch.

30. Fall. Anästhetische Form. Esperança, 20jähr. Negerin aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 10 Jahren krank.

Brauen und Cilien normal. Fibrilläre Zuckungen der Orbiculares. Gefäfsnetz der Conjunct. sclera und caruncula zeigen einige kleine Pigmentflecke. Cornea und Iris beiderseits normal, letztere mit geringer Reaktion. Glaskörper trübe. Papillen gerötet mit Turgeszenz der Venen.

Trommelfell rechts eingezogen, weifslich verdickt, mit kleinem Lichtkegel. Eine Verkalkung am Hammergriff.

Nase: Beide Höhlen weit. Schleimhautfarbe normal. Leichte Atrophie der Muscheln.

31. Fall. Anästhetische Form. Maria, 22jähr. Mulattin aus der Provinz São Paulo, seit ihrer Kindheit erkrankt. (Keine genauere Angabe erhältlich.)

Brauen und Cilien normal. Conjunct. sehr blafs. Links ein kleiner Pigmentfleck am äufseren Sclerokornealrande. Normaler Augenhintergrund.

Ohren: Muscheln normal. Trommelfelle eingezogen mit Vorspringen von Hammergriff und proc. br.

Nase: Höhlen weit; Mucosa etwas blafs, und Muscheln, besonders links, etwas atrophisch.

32. Fall. Anästhetische Form. Carolina, 18jähr., weifser Rasse aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 8 Jahren krank.

Fast vollständiger Verlust von Brauen und Cilien. Allgemeine Infiltration der Corneae. Pupillen unregelmäfsig.

Ohren: Beide Muscheln atrophiert und an den Rändern ulceriert. Trommelfell beiderseits weifslich, verdickt, eingezogen; Lichtkegel fast verschwunden.

Nase: Schleimhaut ulceriert, rechte untere Muschel mit dem Septum verwachsen, wodurch das Lumen verschlossen wird.

33. Fall. Anästhetische Form. Helene, 37jähr. Deutsche, seit 6 Jahren krank.

Brauen spärlich. Cilien rechts unten in abnormer Weise nach aufsen gerichtet. Augenhintergrund normal. An den Ohren keine Abnormität.

34. Fall. Anästhetische Form. Clara, 18jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 2 Jahren krank.

Brauen, Wimpern, Conjunctivae, Corneae und die Irides normal. Links leichte peripapilläre Trübung.

Ohren: Trommelfelle weifs, verdickt und eingezogen.

Nase: Bedeutende Verengerung der Höhlen durch die allgemein verdickte, stellenweise ulcerierte Schleimhaut.

35. Fall. Anästhetische Form. Paulina, 60jähr. afrikanische Negerin, seit ihrer Jugend krank.

Vollständiger Verlust von Brauen und Cilien. Conj. sehr entfärbt. Rechte Pupille etwas unregelmäfsig. Keine Irisreaktion. Glaskörper leicht getrübt.

Nase: Höhlen sehr weit, besonders infolge einer Depression im mittleren Drittel des Rückens, wodurch die Nasenspitze aufgestülpt wird. Vollständiger Verlust der Muscheln, allgemeine Atrophie der Schleimhaut.

Ohren: Rechts Trommelfell eingezogen. Gefäfse des Hammergriffs injiziert. Links Lichtkegel verkleinert, Injektion der Gefäfse des Hammergriffs, Verwachsung des Tympanums mit den Gehörknöchelchen.

36. Fall. Anästhetische Form. Manoel V., 48jähr. Portugiese, seit 6 Jahren krank.

Augen: Brauen und Wimpern normal. Conj. blafs. Gute Irisreaktion. Papillen zeigen (im umgekehrten Bilde) Blässe der inneren Hälfte; nach derselben Seite ein kleines Staphyloma posticum.

Ohren: Rechts Hammergriff deutlich verzogen, vorspringend; Trommelfell mit der hinteren Wand der Paukenhöhle verwachsen. Lichtkegel klein. Links nichts bemerkenswertes.

Nase: Katarrh beider Höhlen; Muscheln fehlen.

37. Fall. Anästhetische Form. Bernardo, 46jähr. Portugiese, seit 9 Jahren krank.

Augen: vollständig normal, mit Brauen und Cilien.

Ohren: normal.

Nase: Atrophie der unteren Muscheln.

38. Fall. Anästhetische Form. Jorge B., 14jähr., weifser Rasse aus der Provinz Minas, seit 1 Jahre krank.

Augen: Brauen und Wimpern normal. Conj. injiziert. Pupillen rund, reagieren gut. Cornea durchsichtig. Peripapilläre Trübung (deutlicher am rechten Auge) nach aufsen.

Ohren: normal.

Nase: Atrophie der Muscheln.

39. Fall. Anästhetische Form.[1] Vignolli, 46jähr. Italiener, seit 25 Jahren krank.

Augen: Verlust der Brauen und Cilien. Atrophie der Orbiculares mit konsekutiver Trichiasis. Symblepharon. Vollständiger Verlust des Gesichtes in beiden Augen. Links der Cornea entsprechend ein ulcerierter Knoten mit erhabenem, roten Rande und leicht bläulichem Grunde. Rechts Cornea durch die vorgeschobene Conjunctiva vollständig bedeckt; kleine zentrale Ulceration, durch welche die Iris bläulich hindurchschimmert. Verminderte Spannung des bulbus. Panophthalmitis. Conjunct. katarrhalisch. Karunkeln atrophisch. Thränengänge obliteriert.

Ohren: Ulcerationen der Muschel, Lichtkegel gespalten, Trommelfell eingezogen. Verkalkung vor dem Hammergriff, letzterer links fast horizontal gestellt.

Nase: ein Knoten am oberen Nasenflügel, zwei andre am Septum, links ein kleinerer, rechts ein grofser. Nasenlöcher länger wie gewöhnlich, von vorne nach hinten gerichtet.

40. Fall. Makulös-tuberöse Form. Anna R., 26jähr. Mulattin aus der Provinz São Paulo, seit 8 Jahren krank.

Augen: Vollständiger Schwund von Brauen und Cilien. Fleckweise Injektion beider unteren Augenlider. Injiziertes Gefäfsnetz an den Conj. bulbi beiderseits. Die Corneae, entsprechend der Bedeckung durch das obere Lid, infiltriert. Linke Iris zeigt nach innen einen Substanzverlust, wodurch die Pupille eine Form angenommen hat, wie sie nach der Sphinkterotomie entsteht. Auch nach oben und nach unten aufsen zeigt die Iris Einkerbungen und oberflächliche Substanzverluste. Rechte Iris zeigt an Stelle der radiären und zirkulären Streifung eine einförmige bräunliche Farbe und nach unten innen ein Colobom, welches durch Verlust von wenigstens dem vierten Teil derselben entstanden ist und an eine grofse Iridektomie erinnert. In beiden Glaskörpern massenhafte Exsudate, welche eine Untersuchung des Augenhintergrundes kaum gestatten.

Nase: Knoten auf der äufseren Seite der Nasenhöhlen; an den Muscheln ulcerierte und mit geronnenem Blute bedeckte Knoten.

Ohren: Rechts Sklerose des Trommelfells, besonders längs des Hammergriffs und am Proc. brevis. Lichtkegelvergröfsert. Linker Proc. brev. stark vorspringend, hinter dem Hammergriff Verwachsung des Trommelfelles mit der Wand der Paukenhöhle.

41. Fall. Makulöse Form. Adelaide, 14jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 5 Jahren krank.

Augen: Verlust einiger Cilien am rechten unteren Lide nahe dem

---

[1] Anmerk. des Übersetzers: Dieser Fall, den man nach den obigen Befunden als gemischte Form bezeichnen könnte, hat auf der äufseren Decke niemals Knoten gezeigt, wie mir einer der Autoren auf Befragen mitteilt.

äufseren Augenwinkel und leichte Inversion einiger andrer am rechten oberen Lide. Entfärbung der Conjunctivae.

Nase: nichts Bemerkenswertes.

Ohren: Rechts Otitis med. purul. cum. perforat. tympani. Links Trommelfell etwas matt, Hammergriff leicht vorspringend.

42. Fall. Makulös-tuberöse Form. Sara, 36jähr. Mulattin aus der Provinz Maranhão, seit 6 Jahren krank.

Augen: Brauen im äufseren Drittel spärlich, Cilien normal. Pupillen unregelmäfsig, reagieren schlecht. Keine hinteren Synechien.

Nase: linke Höhle von einem enormen Knoten des Septums ausgefüllt; derselbe ist rechts von Eiterkrusten bedeckt.

43. Fall. Makulöse Form. Sebastiana, 25jähr. Negerin aus der Provinz Rio de Janeiro, seit 2 Jahren krank.

Augen: Wimpern normal, Brauen spärlich. Kleine Pigmentflecke der Sclera. Linke Pupille etwas unregelmäfsig, oval (gr. Diameter von oben aufsen nach unten innen). Augenhintergrund normal.

Ohren normal.

Nase: Rechts leichte Atrophie der unteren Nasenmuschel; links Schleimhaut des Septums hypertrophisch, berührt die Muschel derselben Seite.

44. Fall. Makulöse Form. Luiz, 24jähr. Mulatte aus der Provinz Maranhão.

Augen: nichts Bemerkenswertes; Brauen und Wimpern normal.

Ohren: beide Trommelfelle etwas matt, Hammergriff vorspringend, Lichtkegel punktförmig.

Nase: Rhinitis mit Atrophie der Muscheln.

45. Fall. Tuberöse Form. Antonio C., 18jähr. Mulatte aus der Provinz Rio de Janeiro.

Augen: Brauen und Wimpern ziemlich spärlich. Gefäfsnetz der Conj. deutlich. Leichte Trübung der Cornea, entsprechend der Bedeckung durch das obere Lid. Gute Irisreaktion. Innere Hälfte der Papillen blafs.

Ohren: Läppchen herunterhängend. Trommelfell matt, Lichtkegel verkürzt. Hammergriff vorspringend. Rechts Verwachsung des Trommelfelles mit den Gehörknöchelchen.[2]

Nase: untere Muschel ulceriert, rechts fehlend.

46. Fall. Makulöse Form. José S., 40jähr., weifser Rasse, aus der Provinz Minas, seit 10 Jahren krank.

Augen: Brauen im äufseren Drittel fehlend; Wimpern spärlich. Konjunktivalkatarrh. Pupillen klein, unregelmäfsig; in der rechten ein Exsudat; Atropin bewirkt geringe Erweiterung und bringt die unregelmäfsige Form mehr zur Geltung. Glaskörper trübe.

[2] Anmerk. des Übersetzers: Dieser Fall wurde erst durch Versehen als makulös bezeichnet und steht daher an dieser Stelle.

Ohren: Taubheit. Beide Trommelfelle blafs und matt, mit verkl. Lichtkegel.

Nase: Schleimhaut blafs. Linke Höhle durch Verbiegung des Septums verkleinert.

47. Fall. Makulöse Form. Luiz, 34jähr. Mulatte aus der Provinz Maranhão, seit 10 Jahren krank.

Augen: Brauen, Wimpern, Bindehaut und Augäpfel normal.

Ohren normal.

Nase: Rhinitis mit Atrophie der Muscheln.

48. Fall. Makulöse Form. Silvio, 30jähr. Neger aus der Provinz Minas, seit 20 Jahren krank.

Augen: Verlust der Brauen. Cilien spärlich. Paralyse des linken Orbicularis. Leichte nebelartige Trübung der linken Cornea, Verlust des Epithels, wie auch in den andern Fällen von Hornhautinfiltration. Cornea rauh, wie mit feinem Sande bestreut, ähnlich wie bei parenchymatöser Keratitis.

Ohren: Ulcerationen am Tragus.

Nase: Septum mit grofser Perforation, das hintere Segment nach links verbogen. Verlust der Muscheln.

Aus dem vorstehenden ist ersichtlich, dafs Veränderungen an Augen, Nase und Ohren bei der Morphoea sehr häufig sind. So zeigten unter den angeführten 48 nur 4 Fälle keine Augenläsionen, so dafs diese in einem Verhältnis von 91,66% auftraten, und zwar in 83,33% beiderseitig und in 8,33% einseitig, indem nur bei 4 von 44 Fällen blofs das eine Auge befallen war. Dagegen wurde vollständige Blindheit nur zweimal beobachtet (4,16%). Während in manchen Fällen die Veränderungen geringe Bedeutung hatten, indem sie nur an den äufseren Membranen oder accessorischem Teile des Sehapparates auftraten, waren sie in andern von besonderem Interesse, sowohl weil sie die brechenden Medien, die inneren Membranen oder die Sehnerven selbst betrafen, als weil sie ein besonderes — der Lepra eigentümliches — Gepräge hatten. Solche Fälle sind in dieser Statistik 19 vertreten (39,58%), von denen der tuberösen Form 8 = 16,66%, der gemischten 6 = 12,5%, der anästhetischen 5 = 10,41% angehörten; berechnen wir die Prozente nicht für die Gesamtzahl der Kranken, sondern bei jeder Form für sich, so erhalten wir für die knotige Form: 8 auf 13 Fälle = 61,53%, für die gemischte 6 auf 9 = 66,60%, und für die anästhetische 5 auf 13 = 38,46%. Es folgt daraus, dafs ausgedehnte,

tiefgehende und der Lepra eigentümliche Läsionen am häufigsten bei der gemischten und nahezu ebenso oft bei der rein knotigen Form getroffen werden.

Am Gehörorgane beschränkten sich die Beobachtungen auf direkte oder mittels des Otoskops wahrnehmbare Veränderungen des äufseren Ohres und Gehörganges, sowie des Trommelfelles und der Paukenhöhle. In dieser Beschränkung ergab sich ein Verhältnis von 34 zu 48 Leprösen (= 70,83 %); doch war unter den Affizierten nur ein Fall von hochgradiger, fast vollständiger Taubheit, während sich im allgemeinen die Hörfähigkeit gar nicht oder nur in geringem Mafse beeinträchtigt zeigte. Untersuchungen über Permeabilität der tuba Eustachii, Auskultation des Ohres u. s. w. wurden nicht vorgenommen, indem diese zum Teil schwierig, zum Teil bei der Häufigkeit und Schwere der Nasenaffektionen unausführbar erschienen. Diese letzteren sind in der That am häufigsten (95,83 %), indem sie unter den 48 Patienten nur zweimal vermifst wurden.

Besonders auffällig ist das frühzeitige Auftreten derselben, indem sie schon bei Patienten mit wenig ausgesprochenen Symptomen vorkommen. Ohne hier auf eine nähere Erörterung der Affektionen des Geruchsorganes eintreten zu wollen, können wir doch nicht unterlassen, die Prädilektion der Knoten und Ulcerationen für die Nasenmuscheln hervorzuheben, infolge welcher man diese kleinen Organe meist zerstört oder atrophisch findet. Vollständiger Verlust derselben wurde in nicht weniger als 17 Fällen (35,41 %), Atrophie 4 mal (8,33 %) konstatiert. Letztere ist häufig mit allgemeiner Schleimhautatrophie verbunden, und wie diese ein Folgezustand lange dauernder, hartnäckiger Rhinitis, wie sie bei Lepra ganz besonders häufig vorkommt. (Auch eine Hypertrophie der Schleimhaut, einschliefslich der Muscheln, wurde einige mal konstatiert, woraus erhellt, dafs auch die hypertrophische Rhinitis zu den Äufserungen der Lepra gehört.) Vollständige Zerstörung der Muscheln ist jedenfalls bei Lepra häufiger, als bei irgend einer andren Affektion.

Eine Erscheinung, die auch in Fällen beobachtet wurde, wo keine schweren Läsionen vorlagen, ist die weifsliche Färbung der Nasenhöhlenmucosa; dieselbe wurde schon von früheren Beobach-

tern an andern Schleimhäuten bemerkt und als Kutisation derselben bezeichnet (wegen der Ähnlichkeit, welche die Mucosa mit der äufsern Haut erhält). Wir haben sie auch an der Conjunctiva beobachtet.

Eine eingehendere Beschreibung der Veränderungen am Geruchsorgane folgt weiter unten; zuerst sollen diejenigen an den Organen des Gesichts und Gehörs besprochen werden.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

Talgdrüsen und Hauthörner. Sutton. A comparative study of sebaceous cysts and cutaneous horns. (*The Journal of comparative Medicine and Surgery.* Vol. VIII. No. 1. Jan. 1887.)

F. Francke. Über Hauthörner. (*Arch. f. klin. Chirurgie.* XXXIV. 4. pag. 987. 1887.)

Unter den verschiedenen Gebilden, welche als Differenzierungen des Integuments entstehen, befinden sich zwei grofse Gruppen: 1. solide (Haare, Nägel, Hörner, Zähne), 2. drüsige Organe (Talg- und Schweifsdrüsen). In dieser Mitteilung beschäftigt sich Sutton mit dem normalen und pathologischen Verhalten der Talgdrüsen.

Die Talgdrüsen entstehen beim Embryo als Ausstülpungen der tieferen Schichten des Epiblast. Der zentrale Teil höhlt sich aus und umfafst das Sekret, welches durch die Vervielfältigung und Degeneration der Wandzellen entsteht. Beim Menschen werden diese Drüsen überall gefunden, wo Haare sind. Die Gröfse der Drüsen, von denen manche 2 bis 3, andre mehr als 20 Recessus haben, steht in keinem Verhältnis zu der Stärke der Haare; die feinen Härchen an der Nase z. B. haben sehr grofse Drüsen. Die Retentionscysten der Talgdrüsen neigen zu sekundären Veränderungen verschiedener Art. Neben der Verkalkung ist das Auftreten von hornartigen Bildungen, welche die Wand der Cyste durchbrechen, nicht gerade zu den häufigeren Vorkommnissen zu zählen.

In dieser Beziehung verdient ein von Francke mitgeteilter Fall ein hohes Interesse, weil sich hier Gelegenheit bot, ein derartiges Horn gewissermafsen in statu nascendi zu untersuchen. In einer Epidermoidcyste fand sich ein Hauthorn, welches die seiner Basis entgegengesetzte Wand der Cyste noch nicht durchbrochen hatte. Auffällig war in diesem Falle die bedeutende mit der Hornentwickelung fortschreitende Verlängerung der Papille und namentlich die überaus üppige Gefäfswucherung an der Spitze derselben.

Für die vergleichende Anatomie der Talgdrüsen ist die über dem Os coccygis gelegene Bürzeldrüse der Vögel von Wichtigkeit. Sie ist weiter

nichts als eine grofse Talgdrüse, von welcher der Vogel das Fett für seine Federn, wenigstens teilweise, bezieht. Dadurch, dafs bei diesen Tieren der Hals länger als der Rumpf gebaut ist, gelingt es dem Vogel leicht, die Öldrüse zu erreichen und das Fett an alle Körpergegenden hinzubringen. Diese Drüse vertritt im allgemeinen allein die Stelle der Talgdrüsen der Säugetiere. Als eine seltene Ausnahme ist das von Sutton beschriebene Vorkommnis von Talgdrüsen an der Pektoralregion der Vögel zu betrachten.

Berlin. Joseph.

Seborrhoea generalis oder Harlequin Fötus. — A Case of general seborrhoea or „Harlequin" Foetus. By. J. Bland Sutton. (*Medico-Chir. Trans. of London.* 9. März. 1886. Vol. LXIX.)

Verf. gibt die Beschreibung eines jener seltenen Fälle von fötaler Erkrankung, welche von Hebra als „kongenitale Ichthyosis", von Kyber als „diffuses Keratom" bezeichnet wurden. Aus der vorzüglich ausgeführten Abbildung gewinnt man in der That den Eindruck, als ob die Haut zu einer bestimmten Zeit in ihrem Wachstume innegehalten und die Gewebe, in ihrem Bestreben sich auszudehnen, ihre Bedeckungen auseinander getrieben hätten. Die Fissuren nehmen grofsenteils eine zu der Längsachse des Körpers transversale Richtung ein, sie sind am stärksten ausgeprägt auf dem Kopfe und dem Stamme. Die Haut der Hände und Füfse ist frei von derartigen Rissen, zeigt aber ein wachsähnliches Aussehen.

Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergibt, dafs die Veränderungen fast ausschliefslich auf die Epidermis beschränkt sind, welche an einzelnen Stellen, besonders am Schädel, ihre normale Dicke etwa um das zehnfache überschreitet. Verf. glaubt, dafs man es in diesem und ähnlichen Fällen mit einer erhöhten Aktivität der Talgdrüsen zu thun habe, welche um den 4. bis 5. Monat des intrauterinen Lebens schon normalerweise aufserordentlich stark funktionieren. Daneben wäre es möglich, dafs noch eine koinzidierende Dermatitis mitspielt. Daher schlägt er für diese Erkrankung den Namen der „Seborrhoea generalis" vor, während als klinischer Terminus am bezeichnendsten „Harlequin Fötus" erscheint.

Berlin. Joseph.

Beitrag zum Studium des einfachen Schankers. Einfacher papulöser Schanker, von O. Baude. (*Thèse de Lille.*)

Diese unter den Auspizien von Prof. H. Leloir geschriebene Dissertation ist dem Studium einer äufserst seltenen Form des einfachen Schankers gewidmet, der papulösen Form, von welcher die einzige bekannte Beobachtung 1883 in den *Annales de Dermatologie* veröffentlicht wurde. Diese Form beginnt mit einer oder mehreren rundlichen Papeln von Erbsen- bis

Linsengröfse, flach oder leicht zugespitzt. Sie haben eine lebhaft rosenrote, leicht entzündliche Farbe, die Basis ist weich, und sie sind bei Berührung nicht schmerzhaft. Sie entwickeln sich sehr langsam und können im Stadium der Papel bleiben; alsdann verhalten sie sich wie eine gewöhnliche Papel. Meistens bildet sich jedoch auf dem Gipfel eine kleine Bläschen-Pustel, welche der Papel ein zugespitztes Aussehen verleiht. Diese Bläschen-Pustel kann eintrocknen oder aufplatzen und den Gipfel der Papel erodiert lassen. Diese Erosion kann sich ausbreiten, vertiefen oder in eine Ulceration verwandeln, welche die Papel zerstört und einen einfachen klassichen ulcerösen Schanker an deren Stelle setzt. Was die Diagnose betrifft, so kann man sich auf das von Leloir in seinen Vorlesungen über Syphilis angegebene Verfahren der Auskratzung nicht verlassen. Allein die Impfung auf den Träger kann die Diagnose sichern, denn der einfache papulöse Schanker ist auf den Träger bis ins unendliche verimpfbar wie der einfache gewöhnliche Schanker.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Appel in Altona.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Dermatitis acuta, bewirkt durch Anwendung von unreinem Lanolin, von Dr. George Meyer. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 19. 1887.) Nach dem Erscheinen des Liebreichschen Lanolins wurden ähnliche Präparate, Wollfett etc. in den Handel gebracht, welche nicht nur nicht die Vorzüge des reinen Lanolins, sondern direkte Nachteile besitzen. Bei einem 38jährigen Patienten wurde wegen einer Hodengeschwulst von dem Verf. Kal. jod. 1,0, Lanolin 10,0 zur Einreibung verordnet; nach 4 Tagen, als der Patient sich wieder vorstellte, war das ganze Skrotum fast bis zur Gröfse eines Straufseneies angeschwollen, die Haut darüber brennend heifs, rosenrot, stark verdickt, bei Berührung äufserst empfindlich. Der Penis, den Patient mit derselben Salbe behandelt hatte, zeigte analoge Beschaffenheit. Die starke Entzündung soll schon nach 4 maliger Einreibung entstanden sein. Eine Epididymitis war ausgeschlossen, und die Untersuchung der Salbe ergab, dafs sie sauer und ranzig war. Um den Nachweis zu führen, dafs das Lanolin die Ursache der Entzündung war, und nicht etwa andre Momente einen Einfluſs darauf hatten, wurde Jodkalisalbe mit reinem Lanolin versucht, wobei sich nirgends eine Reaktion zeigte, während der Gebrauch der ersten Salbe wieder eine entzündliche Reizung hervorrief.

Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichts, von Dr. O. Rosenthal. (Ebenda. No. 20. 1887.) Bei einer 54jährigen Frau, welche vor 37

Jahren während ihrer ersten Schwangerschaft eine nässende Flechte des Gesichts, die ungefähr ein viertel Jahr dauerte, acquirierte, zeigte sich mit dem Verlust der Menses vor 9 Jahren ihr jetziges Leiden, das, wenn es auch schon früher bestanden haben mag, sich seit der Zeit bedeutend verschlimmert hat. In den Sommermonaten nahm dasselbe wesentlich zu, besonders wenn Patientin schwitzte. Die Untersuchung ergab, dafs im Gesicht der kräftigen, gut genährten Frau sich auf dem untern Teil der Stirne, auf den Augenlidern, besonders den unteren, auf dem Nasenrücken und auf den Wangen bis zur Oberlippe herab eine grofse Anzahl teils vereinzelter, teils dicht beieinander stehender, tief in der Haut liegender, stecknadelknopf- bis hirsekorngrofser Knötchen, die zum Teil wie Milien aussehen und sich wie kleine Körnchen anfühlen, bei genauerem Zusehen sich aber sämtlich als Bläschen herausstellen, zeigen. Der Inhalt derselben ist ein klar seröser, wasserheller und zeigt eine schwache, deutlich saure Reaktion. Zwischen diesen hellen Bläschen fällt eine geringere Anzahl auf, die ein dunkelblaues, fast schwärzliches Aussehen haben. Sticht man dieselben an, so entleert sich zuerst ein klarer, wasserheller Tropfen, dem beim Drücken ein kleines dunkles Klümpchen folgt, das schon mit bloſsem Auge als Blutcoagulum zu erkennen ist. Aufserdem besteht besonders auf der Haut zwischen den Augenbrauen und auf der des Nasenrückens eine punktförmige Trübung oder Chagrinfärbung. Auch aus diesen Stippchen quillt beim Einstechen eine dem Inhalt der Bläschen analoge Flüssigkeit hervor. Man kann in denselben mit Sicherheit das Primär- oder Vorstadium der sich aus ihnen entwickelnden Vesikeln erkennen. Die übrige umgebende Haut ist normal; nirgends sind Borken und Krusten, nirgends Einrisse zu sehen. Wie lange die einzelnen Bläschen bestehen, läfst sich nicht sagen; soviel steht aber fest, dafs sie nicht platzen und dafs es gelingt, einige derselben Wochen hindurch zu beobachten. Der Inhalt wird wieder resorbiert. Die Entstehung des Leidens, die Zeiten seiner Verschlimmerung und die saure Reaktion des Blaseninhaltes lassen eine deutliche Beteiligung der Schweifsdrüsen erkennen und rechtfertigen die Diagnose „Dysidrosis." Die vereinzelten Bläschen, die Blutcoagula enthalten, dürften am einfachsten als Folge von kleinen Traumen, die beim Waschen oder Reiben des Gesichts etc. einwirken, zu erklären sein. Sowohl in diesem Falle, als auch in ähnlichen, wie sie Fox und Hutchinson beschrieben haben, schien das Naphtol in 1—2 % spirituöser Lösung von Nutzen zu sein.

Zur Pathologie des Lichen ruber, von Prof. H. Köbner. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 20 u. 21. 1887.) Trotzdem vielfache Formvarietäten von Lichen vorkommen, so hat Kaposi erst kürzlich eine Varietät mit den Namen Lichen ruber monileformis belegt, so unterscheidet Köbner 2 Grundformen, den Lichen ruber acuminatus und den Lichen planus. Der letztere, von Wilson einige Jahre nach Hebra beschrieben, ist diesem früher gar nicht bekannt gewesen, und daraus erklärt sich, dafs man früher in Wien eine geradezu letale Prognose mit dem Ausdruck Lichen ruber verbunden

hat, während anderseits die englischen, amerikanischen und heute noch die französischen und die jüngeren deutschen Autoren absulut nicht verstehen, wie man einen Lichen ruber für ein tödliches Leiden erklären kann. Sie haben nämlich immer nur Lichen planus vor Augen, der auch bei uns, gerade wie in Frankreich, England, in Christiania und in Norwegen weitaus die prädominierende Form ist. K. hat seit Oktober 1880 bis heute 52 Fälle gesammelt, davon 35 Männer und 17 Frauen; davon befinden sich die Mehrzahl zwischen der Mitte der zwanziger und vierzig Jahren. Darunter hatten 7 Patienten Lichen auch auf der Mund- resp. Zungenschleimhaut. K. kann nur über den Lichen planus eine annähernd histologisch-entwickelungsgeschichtliche Darstellung geben, weil dieser hier eben gleichfalls in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vorgekommen ist, und er Gelegenheit hatte, wiederholt Stücke in den jüngsten bis zu den höchst entwickelten Stadien auszuschneiden und zu mikroskopieren. Nur 2 von allen Fällen waren reiner Lichen ruber acuminatus totius corporis, und diese Form ist es auch, die der sonstigen Arseniktherapie, auch den Arsenikinjektionen, aufserordentlich mehr und viel hartnäckigeren Widerstand leistet, als alle die Formen von Lichen planus. Es ist nicht zu leugnen, dafs der Gesamtorganismus schwerer ergriffen ist in Fällen von reinem Lichen ruber acuminatus, wenn er erst — was ungleich rascher und auch häufiger zu geschehen pflegt, als bei der andren Form — universell geworden ist. Das Primäre und der Ausgangspunkt der Erkrankung bei Lichen planus ist eine Gefäfserweiterung und perivaskuläre Zelleninfiltration in der oberen Cutisschicht resp. in den Papillen, mit der allerdings frühzeitig Hand in Hand geht eine Wucherung des Rete Malpighii, während die von andern Autoren in den Vordergrund gestellte Anomalie des Haarbalges oder der Schweifsdrüsen nebensächlich und inkonstant sind. Bei einer Frau, die in einem höchst vorgeschrittenem Stadium des Lichen ruber acuminatus universalis an einer komplizierenden Lungenkrankheit gestorben, fand K. in einem ihr nach etwa 2jährigem Bestehen des Lichen entnommenen Hautstücke aufser reichlicher perivaskulärer Zelleninfiltration um das obere und tiefere Gefäfsnetz und minder reichlicher, aber in der ganzen Cutis diffundierter, wenngleich in der oberen Hälfte vorwiegender Infiltration von Rund- und mehr noch von Spindelzellen, durch Zunahme der Hornschicht der geblähten und sich abblätternden Epidermis, abnorme Verhornung des wenig gewucherten Rete Malpighii und Epidermiskugeln innerhalb jener, und durch teilweise Atrophie der Papillen eine ganz erhebliche, um das 4—5fache gesteigerte Hypertrophie der Talgdrüsen, gleichzeitig auch noch in vereinzelten Resten sichtbare Hypertrophie der Haarwurzelscheiden, zum gröfsten Teil aber auch schon durch Atrophie der Haarbälge und Ausfallen der Lanugohärchen. An der Hand von 2 zwar extremen Fällen von Lichen sucht K. die neuropathische Genese dieses Hautleidens nachzuweisen und führt, um diese Theorie noch mehr zu stützen, folgende Momente dafür an: die Mehrzahl aller Lichenkranken klagt über heftiges, schlafraubendes Jucken, zum Teil freilich

erst dann, wenn bereits anatomische Veränderungen in der Haut sichtbar sind, zum Teil aber auch schon Tage oder Wochen lang, manche aber auch 1 Jahr lang vorher. Ferner besteht die Mehrzahl derselben aus nervösen Individuen. Mitunter waren schwere psychische Affekte vorhergegangen, schwere Sorgen, ungewöhnlich starke und abspannende geistige Anstrengungen, besonders aber heftiger Ärger und Groll. Bei einigen Frauen waren erschöpfende Metrorrhagien nach Abortus vorhergegangen. Der Stand oder die Beschäftigung hat absolut keinen Einfluſs auf die Häufigkeit der Entstehung dieses Leidens. Weitere Anhaltspunkte für die Theorie gibt die Existenz von Urticaria bei einer Anzahl der Kranken, welche teils einige Jahre dem Ausbruch des Lichen vorangegangen, teils unmittelbar von demselben gefolgt war. Hieran schlieſst sich die physiologische Probe der erhöhten Reizbarkeit der vasomotorischen Nerven der Haut, meistens auch noch nach Abheilung des Lichen. Diese Probe, bekanntlich in dem Darüberfahren mit dem Fingernagel oder mit einem stumpfen Instrument bestehend, ergibt, daſs sofort eine ungewöhnlich breite, rote Zone um den betreffenden Strich entsteht, bei einzelnen sogar eine geringe Erhebung, die aber nur bei wenigen zu einer wirklichen Urticaria factitia wird. Ferner zählt K. die Fälle dahin, bei denen durch Ritzung, z. B. mit Stecknadeln, oder durch Druck, z. B. an der Drucklinie der Kleider in der seitlichen Bauch- und Lendengegend, ferner durch Strumpfbänder bei Frauen an den Waden, durch Stiefeldruck am Fuſs und in der Malleolargegend gleichsam ein Lichen factitius entsteht. Endlich hätte K. noch einen Fall hinzuzufügen, wo fast gleichzeitig resp. einige Tage später als der Lichen, der damals an der oberen Thoraxregion begann, ein Zoster der rechten Kopfhälfte und der angrenzenden Halspartie ausbrach, und zwar höchstwahrscheinlich durch dieselbe Ursache. Der junge Mann hatte sich bei sehr schwitzendem Körper vorher wochenlang in einem ihm in sehr empfindlicher Weise zugigen Wollspeicher befunden. Als örtliches Zeichen, die Haut selbst betreffend, möchte K. noch ein Moment dafür anführen, das ist die Hyperalgesie der Knötchengruppen beim Kratzen. Die Bakterienhypothese von Lassar kann K. durchaus nicht annehmen; er hat in den Schnitten, sei es nach den direkten Angaben Lassars gefärbt, sei es nach der Gramschen Methode, niemals irgend welche Bacillen gefunden. In bezug auf die Therapie will K. nur beim Arsengebrauch Heilungen resp. Besserungen gesehen haben und verwirft die Unnasche Salbe vollständig.

Ein Fall von Lupus erythematodes, von Dr. O. Rosenthal. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 19. 1887.) In der Sitzung des Vereins für innere Medizin vom 2. Mai stellte R. einen Fall von Lupus erythematodes vor, der wegen seiner Lokalisation und der auſserordentlichen Hartnäckigkeit nicht uninteressant war. Nach Kaposi unterscheidet man zwei Arten der Affektion, den Lupus erythematodes discoides und den Lupus erythematodes disseminatus. Der erstere tritt in Scheibenform, die sich

peripher ausbreiten, auf, während der letztere sich durch einzelne kleine Effloreszenzen charakterisiert, die sich entweder in chronischem Verlauf vermehren oder sich in akuten Anfällen über den ganzen Körper verbreiten und unter starkem Fieber eventuell den letalen Ausgang herbeiführen können. Die Affektion hat gewöhnlich ihren Sitz am behaarten Kopfe, an der Nase und den Wangen, an den Ohren; an den Händen und Füfsen findet sich die Affektion aufserordentlich selten. Der Fall selbst betrifft eine 40jährige Patientin, früher stets gesund, seit 21 Jahren von dem Leiden befallen. Die Haut des Körpers ist aufserordentlich empfindlich und auf äufsere Reize leicht irritabel. Auf dem linken Handrücken sieht man zwei Scheiben von ungefähr Markstückgröfse, die sich leicht infiltriert anfühlen. Die Effloreszenzen sind zum Teil leicht rot glänzend, zum Teil dellig, vielfach mit kleinen Epidermisschüppchen bedeckt. Von der zweiten Scheibe geht ein bandförmiger Streifen nach dem Vorderarm; hier sieht man ebenfalls Effloreszenzen. Auf dem Vorderarm findet sich ferner eine Partie, die ebenso wie die Handteile der beiden Scheiben viele leichte oberflächliche Narben aufweist. Zu gleicher Zeit ist die Innenfläche und Oberfläche des Zeigefingers und Mittelfingers ergriffen. Hier ist die Haut mehr sklerotisch verdickt, der Ichthyosis ähnlich, und sieht aus, als ob sie durch unzählige Nadelstiche zerstochen wäre. Die Affektion geht bis zu den Fingerkuppen hinauf. Therapeutisch ist alles versucht worden: Säuren, Bäder, Salben, Spiritus saponatus, Emplastr. mercuriale, Kautschuckverbände, Pasten aus Naphthol, Pyrogallussäure, Chrysarobin und Arsenik, Quecksilber, Pflastermulle mit Karbol und Salicylsäure. Ferner Stichelungen mit Jodglycerin, parallel lineare Skarifikationen nach Vidal mit nachfolgender Ätzung nach Veiel oder mit folgender Massage; zuletzt ist sie längere Zeit mit dem Paquelin in punktförmiger Stichelung und in flächenhafter Ätzung behandelt. Erreicht ist dadurch nur, dafs die Affektion sich nicht weiter ausgedehnt hat, zum Teil scheint sie in der Rückbildung begriffen.

Berlin. L. Hoffmann.

Amerika.

Journal of cutaneous and venereal diseases. Vol. IV. No. 9.

Enthält folgende Original-Mitteilungen:

Keratosis follicularis verbunden mit Fissuren der Zunge und Leukoplakia buccalis, von Prince A. Morrow. Dieser Aufsatz verdient eine eingehendere Besprechung, da er einen schönen Fall dieser so seltenen, übermäfsigen Hornbildung enthält. Lesser, welcher gleichfalls einen solchen Fall ausführlich beschreibt (cf. Referat in *Monatshefte.* Bd. IV), bezeichnet die Krankheit in *Ziemssens Handbuch* als Ichthyosis follicularis, im Gegensatz zur I. diffusa, da nach seiner Ansicht die übermäfsige Hornbildung bei ersterer auf die Follikel beschränkt ist, während sie bei der

letzteren Art von der Haut im ganzen ausgeht. Die grofse Seltenheit der bisher beschriebenen Fälle dieser Affektion läfst wohl das besondere Interesse für jede neue Beobachtung gerechtfertigt erscheinen.

In dem vorliegenden Falle zeigte sich bei dem Patienten, einem 21jährigen Seemann, 5 Jahre vor der ersten Untersuchung eine Anzahl schwärzlicher, hervorragender Punkte auf den Handrücken, welche er zum Teil ausdrückte. Diese Affektion bestand seit jener Zeit fort, mit dem eigentümlichen Umstand, dafs sie sich in den Pausen zwischen den Seefahrten, d. h. während des Aufenthaltes am Lande, merkbar besserte, dagegen auf See entschieden verschlimmerte, und befiel nach und nach auch die Haut des Halses, der Arme und andrer Körperstellen. Bei der Untersuchung des Körpers fand sich eine grauliche oder bräunliche Verfärbung, am ausgesprochensten auf dem Abdomen, der Schulter und äufseren Seite der Lenden, indem die darüber streichende Hand statt der normalen Glätte und Weichheit der Haut ein rauhes Gefühl empfand, ähnlich demjenigen einer Kalbszunge. Mit Ausnahme des Gesichtes, der Hohlhände und Fufssohlen war die ganze Oberfläche des Körpers der Sitz einer eigentümlichen Veränderung der Follikel. Die Ausführungsgänge der Talgdrüsen ragten über das Niveau der Haut empor und waren eingenommen von komedoähnlichen, graulichen oder dunklen Massen, welche zum Teil in Gestalt von stachelartigen Verlängerungen mehr oder weniger hervorragten (einzelne $^1/_4$—$^1/_2$ " lang). Am Nacken, Abdomen, den hinteren Flächen der Arme, Lenden und Schenkel sind diese Vorsprünge zahlreicher und länger. Aus manchen Follikeln, besonders auf dem Abdomen, stehen kleine, weifse Haare hervor. Die ausgedrückten Komedonen erscheinen graulich, hornig, etwas glänzend, sind hart und trocken und klappern auf Papier wie trockene Erbsen. Bei vorsichtigem Ausdrücken zeigte sich, dafs mit dem harten, dichteren Teil des Komedo eine zähe, kleberige Masse zusammenhing, welche tiefer in den Follikel hineindrang. Die entleerten Follikel blieben erweitert und hervorragend, weshalb Verf. die sämtlichen entleerten Follikel eines Hautbezirkes mit den Löchern eines Reibeisens vergleicht. Nirgends findet sich ein entzündlicher oder suppurativer Zustand der Follikel. Einige kleine, runde und etwas vertiefte Narben am linken Knie und 2 oder 3 ähnliche am rechten Schenkel weifs Pat. nicht zu erklären. Die Schleimhaut des Gaumens war mit zahllosen, kleinen, bräunlichen Flecken besetzt, welche anscheinend etwas vertieft waren, obgleich sich die Fläche glatt anfühlte. Die grofse, etwas verdickte, schlaffe und rauhe Zunge war weifs und teigig, mit tiefen Fissuren bis in das submuköse Gewebe. Die Mundschleimhaut erscheint opalartig oder bläulichweifs, stellenweise verdickt und geschwollen, sowie oberflächlich fissuriert. Diese leukomatöse Beschaffenheit ist besonders deutlich an den Mundwinkeln und von da aus entlang der Zahnreihen nach rückwärts. Auffallend war der Mangel jeder Entzündung und ausgesprochenen Empfindlichkeit der fissurierten Zunge, denn Pat. empfand nur bei dem Genufs gewürzter, besonders gesalzener Speisen Schmerzen.

Sowohl die vorhandene Conjunctivitis und leichte Kerato-Iritis, als auch die Leukoplakia buccalis und Fissuren der Zunge schienen möglicherweise auf einer syphilitischen Infektion zu beruhen, allein Pat. behauptete entschieden, aufser einem kleinen Geschwür am Penis vor einem Jahre, welches innerhalb 1—2 Wochen von selbst heilte, niemals eine venerische Affektion und am allerwenigsten einen Ausschlag gehabt zu haben, während die Erscheinungen im Munde sogar mehrere Jahre vor jenem Geschwür aufgetreten waren.

Das meiste Interesse nimmt in diesem Falle der Umstand in Anspruch, dafs fast sämtliche Follikel der Haut von einem Krankheitsprozefs ergriffen sind, welcher eine Erweiterung und ein Hervorragen der Ausführungsgänge, sowie eine Bildung komedo-ähnlicher Pfröpfe mit veränderter Beschaffenheit und abnorm starker Entwickelung zur Folge hat. Die Untersuchung dieses Follikelinhaltes ergab einen Mangel an fettiger Materie und eine deutliche Zunahme der hornigen Elemente. Derselbe war trocken, hart und von Hornkonsistenz. Nach Ansicht des Verf.s mufs die Ursache der Hornbildung in einer Struktureigentümlichkeit oder einer Läsion der Talgdrüsen gesucht werden, welche eine vorzeitige Abstofsung des Epithels zuläfst, bevor die fettige Umwandlung der Zellen vollendet ist. Zugleich vermutet er eine Atonie der Drüsen oder eine Abnahme der exkretorischen Kraft und infolge dessen eine Stauung des Drüseninhaltes. Durch letztere kommt es zur Eintrocknung und Verhärtung des Inhaltes und mit der fortschreitenden Absonderung wird der verhornte Inhalt in der Form verlängerter Talgpfröpfe, welche die genaue Gestalt der Drüsengänge bewahren, über die Oberfläche der Haut emporgedrängt. Von den gewöhnlichen Komedonen unterscheiden sich diese Talgpfröpfe durch ihre Konsistenz, enorme Entwickelung und Verbreitung auf Körperstellen, wo erstere in der Regel nicht gefunden werden.

Diese Affektion zeigt gewisse Analogien mit Ichthyosis sebacea, welche durch massenhafte Sekretion von Hauttalg und Eintrocknen desselben auf der Haut zu harten, trockenen Krusten, da bei beiden Affektionen die Drüsengänge erweitert und offen sind, die Sekretion eine anormale ist und das Sekret eine feste, hornartige Konsistenz annimmt; allein während die letztere mit einer übermäfsigen Absonderung verbunden ist und die Verhornung auf einer Eintrocknung nach der Ausscheidung aus den Drüsengängen d. h. an der Hautoberfläche beruht, wird die erstere durch eine Atonie der Drüsen mit mangelhafter Sekretion und mit Verhornung innerhalb des Drüsenkanals charakterisiert.

Bezüglich der Nomenklatur verwirft Verf. sowohl die Bezeichnung Guibouts — Acné sebacée cornée —, da nach der jetzigen Anschauung bei Akne ein entzündlicher Zustand vorhanden ist, als auch die bereits erwähnte Benennung Lessers — Ichthyosis follicularis —, weil nach seiner Ansicht die Ichthyosis eine angeborene Malformation der Haut darstellt, welche sich durch eine anomale und abweichende Entwickelung der — hinsichtlich der

Anordnung und Beschaffenheit veränderten — Epidermis charakterisiert. Er glaubt daher Keratosis follicularis vorziehen zu sollen, da dieser Name den bestehenden, pathologischen Zustand und zugleich den anatomischen Sitz der Krankheit deutlicher bezeichnet. Da der Krankheitsprozefs nicht ausschliefslich auf die Talgdrüsen beschränkt ist, sondern auch die Anhangsdrüsen der Haare umfafst, so hält er den Zusatz follicularis für zutreffender als sebacea.

Von dem Resultat der mikroskopischen Untersuchung — welches durch zwei übersichtliche Holzschnitte veranschaulicht wird — kann hier nur erwähnt werden, dafs die Hornschicht verdickt, das Rete unverändert ist und das Corium nur in der unmittelbaren Nachbarschaft der affizierten Drüsen einige etwas erweiterte Blutgefäfse zeigt. Der Teil des komedoähnlichen Pfropfes, welcher über die Hautfläche emporragt, bestand aus Epithelzellen in verschiedenen Stadien der Degeneration, während die Mehrzahl derselben jenen der oberen Hornschicht der Haut oder der trichterförmigen Öffnung eines Haarfollikels gleicht. Der unter der Haut liegende Teil bestand aus fettig und hornartig degenerierten Epithelien, epithelialen und fettigen Trümmern und Haarschaftstücken.

Hautkrankheiten bei Gichtkranken. — Ein Bericht über drei Fälle mit Bemerkungen von William T. Corlett, London. (Vortrag in der Ohio State Medical Society am 4. Juni 1886.) Verf. beabsichtigt mit Hilfe von 3 mitgeteilten Fällen zu zeigen, dafs die auftretenden Hautkrankheiten in engstem Zusammenhang mit der Gicht stehen, sowie die eigentümlichen Erscheinungen der Läsionen hervorzuheben und die geeignetste Behandlung festzustellen. Entgegen der Ansicht Murchisons, welcher das Vorhandensein eines anatomischen Unterschiedes der Hautläsionen bei Gicht von jenem bei andern konstitutionellen Zuständen leugnet, glaubt Verf., dafs diese Exantheme besondere Eigentümlichkeiten besitzen, welche ihn dazu bestimmen diese Form am besten als eine Mischform zwischen Ekzem und Psoriasis zu bezeichnen. Mit beiden Exanthemformen sind gemeinschaftliche Eigenschaften vorhanden, jedoch in einer solchen Mischung, dafs dieser Typus von jenen beiden Affektionen deutlich unterschieden ist. Verf. stellt nach den von ihm beobachteten Fällen folgende Eigentümlichkeiten der Gichtexantheme zusammen:

1. Sie sind schuppig. Die Schuppen waren nicht anhängend, noch aufgehäuft und ebensowenig von silberartiger Farbe, wie bei Psoriasis; abgelöst hinterliefsen sie eine feuchte Oberfläche.

2. Die Farbe war rötlich und ähnelte in hohem Grade derjenigen der Syphiliden.

3. Es bestand eine Neigung zu symmetrischer Verteilung.

4. Sie wurden bei erwachsenen Personen angetroffen, gewöhnlich nach dem 25. Jahre, ausgenommen bei Vererbung.

5. Sie wurden von andern Symptomen der Lithaemia begleitet.

6. Sie sind zu Recidiven geneigt.

Hinsichtlich der zweckmäfsigsten Behandlung ist vor allem die Diät von gröfster Wichtigkeit, und zwar unterscheidet sich dieselbe nicht von derjenigen, welche bei Behandlung der Gicht eingehalten wird, obgleich sich in dieser Beziehung keine allgemein giltigen Regeln aufstellen lassen. Allgemein verboten sind: Rhabarber, Erdbeeren, Äpfel, Gepöckeltes, Zucker und Saures, während Eier und Fettes meist schlecht vertragen werden. Biere, Portwein und Champagner sind streng zu meiden, dagegen soll das reichliche Trinken von Wasser nachdrücklich anempfohlen werden. Von gleicher Wichtigkeit ist die Sorge für regelmäfsige Verdauung, sowie der Aufenthalt in frischer Luft und genügende Körperbewegung. Die spezielle Medikation umfafst die Alkalien, Colchicum und ausnahmsweise die Mineralsäuren. Die lokale Behandlung ist von geringerem Werte, ausgenommen, wenn es gilt lokale Beschwerden zu mildern, in welchem Falle alkalische Bäder, Teerpräparate und Hydrargyrum praecipitatum album die beliebtesten und passendsten Mittel darstellen.

Lanolin, von Dr. F. Kinnier (Randolph, Mass.). Der Verf. hat das Lanolin als Salbenvehikel in den verschiedensten Präparaten und bei den verschiedensten Krankheiten verwendet. Er teilt mehrere derartige Fälle mit, jedoch bietet der Aufsatz nichts eigentlich Neues. Wegen der überaus schnellen Resorption des Lanolins von seiten der Haut empfiehlt Verf. — gleich Liebreich — einen Zusatz von Fett, sobald die allzu schnelle Resorption der Salbe nicht erwünscht ist.

Latente Syphilis, ein Fall von Dr. E. R. Palmer. Verf. beschreibt einen Fall von Syphilis bei einem 22jähr. Kaufmann, welche angelblich 3 Jahre lang latent geblieben und erst kurz nach dessen Verheiratung durch Infektion der Frau manifest geworden sein soll. Abgesehen von dem Umstand, dafs Pat. erst 3 Monate nach dem Auftreten des Primäraffektes — 3 Geschwüren auf der inneren Vorhautlamelle — in die Behandlung des Verf.s kam, sind verschiedene Unklarheiten und Lücken in der Beobachtung, sodafs der Wert dieser Mitteilung ein mindestens zweifelhafter ist.

Von Referaten enthält dieses Heft:

Elephantiasis Arabum bei Kindern, von Dr. Moncorvo. (*Revue Mensuelle des Malad. de l'enfance.* März 1886.) Die kurze Besprechung dieses Aufsatzes erwähnt, dafs nach den im Original aufgeführten Beobachtungen des Verf.s die Elephantiasis auch bei Kindern vorkommt und nicht auf die Tropen beschränkt ist.

Aus der Pariser These: **Syphilis der Placenta**, von Dr. Arthur Gascard, werden folgende Punkte besonders hervorgehoben: 1. Das Vorkommen von syphilitischen Placentarläsionen ist unbestreitbar. 2. In einer gewissen Zahl von Fällen können Hypertrophie der Zotten mit fibröser Degeneration des Bindegewebsstroma und Obliteration der Gefäfse, sowie stellenweise fettige Degeneration nachgewiesen werden. 3. Falls die

Schwangerschaft nicht ihr normales Ende erreicht, können sich Läsionen der Placenta und deren Häute finden und zwar um so ausgesprochener, je näher dem Zeitpunkte der normalen Niederkunft die Unterbrechung stattfindet. 4. Durch spezifische Behandlung kann es erreicht werden, daſs von einer Frau, welche vorher wiederholt abortiert hat, ein ausgetragenes und lebendes Kind geboren wird.

Die „Korrespondenz" enthält zunächst 2 kürzere Mitteilungen an die Redaktion von J. Clark Mc Guire und W. H. Blythe über den bereits behandelten **Pruritus hiemalis** und dessen Behandlung. Der erstere Verf. berührt gleichzeitig die Behandlung der **Rhus-Intoxikation**, indem er ein Waschmittel aus Grindelia robusta (3,75 : 120,0 Aq.) als das nach seiner Erfahrung am besten wirkende Mittel empfiehlt.

In der folgenden Zuschrift wird von Medicus ein persönlicher **Fall von Psoriasis** mitgeteilt, welcher 7 Jahre lang bestand und insofern ein besonderes Interesse darbietet, als nach dem Gebrauch des Arseniks eine wesentliche Verschlimmerung eintrat. Bald nachdem Verf. gröſsere Dosen des Acid. arsenicos. genommen hatte, breitete sich die Psoriasis so rapid aus, daſs nur unbedeutende Hautbezirke frei blieben, und das Jucken nahm derartig zu, daſs die Nachtruhe total gestört wurde. Die Schuld an dieser Verschlimmerung schreibt Verf. ohne Schwanken dem Arsenik zu, wie er auch die eintretende, intensive Entzündung der Augen hierauf zurückführt. Die Hautkongestion wurde schlieſslich so hochgradig, daſs sowohl die Salzbäder, als auch der Gebrauch der Seife wegen der durch dieselben bedingten Schmerzen nicht mehr fortgesetzt werden konnten. Infolge dessen schlug Verf. ein andres Verfahren ein, indem er den Arsenik ganz aussetzte und strenge Diät einhielt, d. h. Fleisch, Thee, Kaffee, Tabak und alle Reizmittel vermied. Zugleich gebrauchte er neben Laxantien äuſserlich eine Lösung von Chrysophansäure. Wurde hierdurch der Reizzustand der Haut etwas gebessert, so lieſs durch den äuſserlichen Gebrauch der Salicyl- und Pyrogallussäure auch die Psoriasis selbst nach. Ein wirklicher Wendepunkt trat jedoch erst ein, als Pat., abgesehen von genügender Körperbewegung, kalten Bädern vor dem Frühstück und einer der Gesundheit zuträglichen Lebensweise, eine Chrysarobinsalbe anwendete.

Verf. teilt die Ansicht von Dr. Fox, daſs die Lokalisation der Psoriasisflecke für die Diagnose dieser Krankheit von nur geringem Werte sei, denn es fanden sich bei ihm mehr Flecke auf der Brust und dem Abdomen, als am Rücken, während die Ellbogen und Knie stets frei blieben. Ebenso stimmt er der Ansicht Heitmanns hinsichtlich der Verwendung lokaler Heilmittel zu, so lange die Krankheit akut ist. Arsenik hält er für schädlich, sobald die Affektion völlig ausgesprochen ist, denn er verursachte bei ihm Kongestion und Trockenheit der Haut, welche doch gerade vermieden werden sollen. Auch der Pruritus stellte sich nach den groſsen Arsenikdosen ein.

Entgegen Hardaways Beobachtung, welcher die Entstehung der Psoriasis in 2 Fällen auf den übermäfsigen Genufs von Hafermehl zurückgeführt hat, versichert Verf., dafs ihm dasselbe in mäfsiger Quantität sehr gut bekommen und dafs es überhaupt leicht verdaulich sei. Bezüglich der Erblichkeit der Psoriasis mag noch erwähnt sein, dafs auch der Grofsvater des Verf.s an derselben gelitten hat. Für sehr wichtig erklärt Verf. die regelmäfsige und geordnete Verdauung, aus welchem Grunde er, entgegen seiner früheren Gewohnheit, während der Mahlzeiten zu trinken, in den ersten 2 Stunden nach dem Essen nichts trank, wodurch seine Verdauung sehr bald bedeutend gebessert wurde. Schliefslich glaubt er auch Gewicht auf die Thatsache legen zu sollen, dafs Patienten mit Hautaffektionen übermäfsig sensitiv sind und durch beständige Beschäftigung der Gedanken mit ihrer Krankheit zuweilen nahezu monomaniakalisch werden, was zweifellos zur Verschlimmerung der Hautläsion beitragen kann.

Die Überschrift „Dermatologie und Syphilographie in England" enthält die Besprechung folgender Arbeiten: Lokale Mittel bei Hautkrankheiten, von Dr. H. G. Brooke (*Medical Chronicle*).

Die Entfernung überflüssiger Haare durch Elektrolyse, von Dr. Gilbert Smith. (*Birmigham Med. Review.*) Verf. erachtet das Einführen der Nadel direkt in den Follikel nicht für notwendig, sondern glaubt, dafs die gewünschte Wirkung schon durch Einführung der Nadel in unmittelbarer Nähe desselben erzielt wird. Vor allem empfiehlt er in einer Sitzung nicht mehr als ein Dutzend Haare zu entfernen wegen der entstehenden Papeln und Pusteln, und ebenso nicht nahe beisammen stehende Haare gleichzeitig in Angriff zu nehmen, da im letzteren Falle — ebenso wie bei wiederholter Einführung der Nadel in denselben Follikel — gewöhnlich kleine Narben entstehen.

Ein geheilter Fall von Pustula maligna, von Dr. W. E. Buck. (*Brit. Med. Journ.*)

Der Lepra Bacillus, von Dr. Lindsay Steven. (*Brit. Med. Journ.*)

Syphilis mit Hydrargyrum tannicum behandelt, von Dr. Inglis Parsons. (*Med. Times and Gaz.*) Verf. berichtet über eine Reihe von 17 Fällen, in denen dieses Präparat in Pillenform — 3 mal täglich 1 Stunde vor dem Essen — die Pille bis zu 0,12, in einem Falle sogar 0,18 enthaltend, angewendet wurde. Daneben wurde weder Opium, noch tonische Mittel gegeben. Wie es scheint, kann dieses Präparat längere Zeit gebraucht werden ohne das Allgemeinbefinden zu stören. Meist verschwanden die syphilitischen Symptome innerhalb 2—5 Wochen und in keinem Falle zeigte sich schwere Stomatitis oder Diarrhöe.

Der Abschnitt „Ausgewähltes" enthält eine ausführliche und sehr günstige Besprechung von Unnas Aufsatz über das „Ichthyol und Re-

sorcin" (*Erg.-Heft* II *zu Monatshefte* 1886); Referate über „die Mikrobien der Syphilis" nach der Verhandlung der Berliner Gesellschaft für innere Medizin (*Wr. med. Wochenschr.* 1886); „das Contagium der Syphilis" von Disse und Taguchi, sowie über dasselbe Thema von Matterstock in Würzburg. Ferner: **Polymorphes Erythem, dessen Natur und spezifische Behandlung,** von M. Villemin. (*Bull. de l'Académie de Médecine.* 1886.) Verf. erörtert die Frage, ob diese Affektion mit Rheumatismus zusammenhängt oder in ihren allgemeinen Eigenschaften den Infektionskrankheiten[1] ähnelt, und gelangt hierbei zu folgenden Schlüssen:

1. Die Erytheme, welche von den Dermatologen als Erythema nodosum, papulosum, circinatum, vesiculosum, etc. bezeichnet und unter dem Namen Erythema polymorphum zusammengefafst werden, sind lediglich Varietäten desselben Krankheitstypus. Je höher das Fieber, desto ausgesprochener ist dessen Abfall. Durch den Gebrauch von Jodkali wurde die Neigung zu Recidiven, welche diese Krankheit so häufig zeigt, stets beseitigt. Die Versuche der Autoinokulation mit dem Inhalt der Bläschen sind negativ ausgefallen.

2. Das Erythema polymorphum ist eine Allgemeinerkrankung spezifischer Natur, bei welcher der Hautausschlag nur eine Syndrome ist.

3. Die Schmerzen in den fibrösen Geweben und die Gelenkschwellung gehören nicht zum Rheumatismus, sondern sind Erscheinungen der Krankheit und werden, ebenso wie der Hautausschlag selbst, durch eine besondere Krankheitsursache veranlafst. Das Heilmittel ist Jodkali, und es kann kaum ein andres Medikament so wunderbar wirken, wie das Jodkali bei dem Erythem.

Beiträge zum Studium der Syphilis des Unterkiefers, von Dr. F. Chabaud. (*Thèse de Paris.*) Verf. tritt der bisherigen Ansicht der Chirurgen entgegen, dafs der Unterkieferknochen, trotz der Vorliebe der Syphilis für das Knochensystem, von keiner Form derselben ergriffen werde, und sucht mit Hilfe seiner Beobachtungen nachzuweisen, dafs auch bei uns diese Lokalisation vorkommt. Sie zeigt sich nach seiner Ansicht in Form von 1. Periostitis oder gummöser Osteo-Periostitis, 2. von Exostosen oder Hyperostosen und 3. von progressiver Verdünnung und Auflösung der Alveolen (Juga alveolaria).

Durch die Exostosen oder Hyperostosen können mehr oder weniger starke Difformitäten des Unterkiefers entstehen. Wird die Krankheit sich selbst überlassen, so ist der häufigste Ausgang derjenige in Nekrose des Unterkieferknochens, welche eine partielle oder totale Resektion des letzteren notwendig machen kann.

---

[1] Vgl. hierüber die demnächst als *Ergänzungsheft* II 1887 zu *Monatshefte f. pr. Derm.* erscheinende, sehr eingehende Abhandlung von Prof. Dr. Polotebnoff in St. Petersburg: *Zur Lehre von den Erythemen,* welche auch ein vollständiges Verzeichnis der Litteratur über diesen Gegenstand enthält. Anm. d. Red.

Die Diagnose der gummösen Periostitis des Unterkiefers kann aufserordentliche Schwierigkeiten darbieten, besonders wenn sie von Ulceration begleitet wird. Sie mufs unterschieden werden von einfacher alveolo-dentaler Periostitis, Phosphor-Nekrose, Osteo-Sarkom und von Tuberkulose, wenn die Ulceration ihren Sitz auf der Mundschleimhaut hat. Die Exostosen und Hyperostosen können das Resultat einer gummösen Periostitis (Otto Weber) sein. Sie verursachen keine besonderen Beschwerden und werden zum Teil durch spezifische Behandlung gebessert.

Die progressive Resorption der Alveolen (Zahnfächer) wird durch den Verlust der Zähne und das totale Verschwinden der Juga alveolaria charakterisiert. Der spontane Ausfall der nicht kariösen Zähne wird zuweilen von einer heftigen Blutung begleitet.

Die Behandlung der Unterkiefersyphilis unterscheidet sich in keiner Weise von der gewöhnlich bei Knochensyphilis angewendeten.

Symmetrische Gangrän und lokale Asphyxie, von Dr. Hochenegg. (*Med. Jahrbücher.* 1885.), nach einem Referat Dr. O. Koebners im *Centralblatt f. klin. Medicin.*

Leipzig, den 1. Juni 1887. Th. A. Kirsten.

Italien.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1887. Fasc. 1 e 2.

Beitrag zur Heilung des Epithelioms der Haut mit Resorcin. Dr. Florenco Jaja veröffentlicht zwei Fälle von Epitheliom der Haut, die er mit Resorcin behandelt hat. Im ersten Falle handelt es sich um einen Kranken von 52 Jahren, der stets gesund war. Seit 2 Jahren entwickelte sich aber in der Gegend des os zygomaticum ein Geschwür von runder Form, von Frankstückgröfse, dunkelrot an der Peripherie, in der Mitte mit einer bräunlichen Borke bedeckt; der Grund ist mit einer übelriechenden und reichlichen Flüssigkeit befeuchtet, die Ränder sind scharf abgegrenzt. Der Kranke empfand stechende Schmerzen. An den Lymphdrüsen nichts Abnormes zu entdecken. Die vorherige Behandlung bestand in Ätzungen mit Höllenstein und andern Mitteln. Diagnose: Epitheliom der Haut. Zuerst behandelte der Verfasser die Affektion mit einer 10 %igen Jodoformsalbe nach Abwaschung mit einer 20 %igen Karbolsäurelösung. Darauf gebrauchte derselbe die durch Hebra modifizierte Frêre Cosmes Salbe, jedoch ohne Resultat. Endlich nahm er seine Zuflucht zu der Resorcinsalbe, die nach der Publikation von Rubino und Pascale glücklich Erfolge zu stande gebracht hatte.

℞ *Resorcini*
Vaselini aa 20,0

Diese Salbe wurde täglich aufgestrichen. Nach den ersten Anwendungen

bildete sich eine schwarze, festklebende Borke, die mit dem Bistouri weggenommen, 2 mm Dickendurchmesser hatte. Der Geschwürsgrund hatte noch eine gewisse Härte behalten, aber die Tiefe war mit roten Granulationen bedeckt und mit einer wässerigen, milchweifsen, wenig eiterigen Flüssigkeit belegt. Die Resorcinsalbe wurde wieder aufs neue gebraucht, nachdem man die Quantität des Resorcins vermindert hatte.

℞ *Resorcini* 20,0
Vaselini 30,0

Eine neue, schwärzliche, festhaftende, trockene, harte Borke bildete sich alsdann, die das ganze Geschwür bedeckte. Um den Schorf zu entfernen, wendete Verfasser nur Vaselin an. Die Heilung wurde bald vollkommen durch eine regelrechte Vernarbung, ohne das Gesicht sehr zu entstellen.

Zweiter Fall. Ein Mann von 86 Jahren, welcher einmal krank gewesen war, zeigte auf der linken Seite der Stirn ein epitheliomartiges Geschwür, welches 10 cm Breite und 7 cm Länge hatte. Wie bei dem ersten Falle, wendete der Verfasser dieselbe Resorcinsalbe an und auch sonst war die Behandlung ganz dieselbe. Indessen blieben einige Knötchen in der Narbe zurück, welche nach einigen Monaten der Grund eines Rückfalles wurden.

Über die abortive Behandlung der Syphilis, von Dr. Lorenzo Mannino. Die Frage über die abortive Behandlung der Syphilis erlangt von Tag zu Tage eine gröfsere Wichtigkeit. Der Verf. zeigt seinerseits einige Fälle, die veröffentlicht zu werden verdienen. Nach Ricord, Sigmund und andern Syphilographen hat derselbe den Schanker mit der Paquelinspitze zerstört. Seine Beobachtungen sind weniger wichtig durch die Zahl der Fälle, sondern weil der Verf. wenig Gelegenheit hatte die Behandlung in einem günstigen Augenblicke anzuwenden. Fassen wir seine sechs Fälle zusammen: Vier Fälle von Primäraffekten am zweiten Tag ihrer Erscheinung beobachtet. Die Grundlage zeigte sich hart, aber die Lymphdrüsen waren noch nicht geschwollen. In drei von diesen vier Fällen gelang es dem Verf. die Frauen ausfindig zu machen, durch welche die Infektion stattgefunden hatte, und fand er sie mit unzweifelhaften syphilitischen Erscheinungen behaftet. Die vier Patienten wurden, nach einer Lokalanästhesie mit einer 4 % Kokainlösung, mit der Paquelinspitze behandelt, und es kam zu keinem Ausbruch von Syphilis. Bei den zwei letzteren blieb dieselbe Behandlung erfolglos, da die Lymphdrüsen schon intumesciert waren. Aus diesem Grunde findet der Verf. vorstehende Behandlung nutzlos, sobald die Lymphdrüsen durch das Virus beteiligt sind.

Er glaubt, dafs der Fortschritt der Syphilis staffelweise vor sich geht. Die Zeit, welche zwischen der Einimpfung des Virus und der Erscheinung des Primäraffektes — die 8 bis 90 Tage dauern kann — verfliefst, stellt die Periode der ersten Inkubation dar.

Die Periode der zweiten Inkubation begreift die Zeit zwischen dem Hervortreten des Initialaffektes und dem der sekundären Erscheinungen.

Es können vier bis acht und noch mehr Tage nach dem Ausbruche des Initialaffektes verstreichen, bevor die Lymphdrüsen und demnach der ganze Organismus infiziert sind.

Man könnte dem entgegensetzen, dafs das Virus nicht dem Kranken selbst wieder eingeimpft werden könnte, selbst dann nicht, wenn die sekundären Symptome noch nicht erschienen sind. Aber, sagt der Verfasser, es ist bekannt dafs man, selbst 22 Tage nach der Erscheinung des Primäraffektes, durch Inokulation positive Erfolge erreicht hat. (Bidenkap). Anderseits, wenn man die parasitäre Natur der Krankheit zugibt, begreift man nicht, warum der Parasit der Syphilis sich anders verhalten sollte, als die andern pathogenen Parasiten, und sich dadurch von den Gesetzen der Mikrobiologie entfernt.

Was die beständigen negativen Erfolge der Excision betrifft, so haben dieselben keine grofse Wichtigkeit nach der Ansicht des Verfs., weil, selbst im Augenblicke der Operation, die Autoinokulation durch das Blut und die Lymphwege leicht herbeigeführt werden kann. Er sah bei einem Falle, in welchem er zu der Excision Zuflucht nahm, eine neue Sklerose innerhalb der normalen Inkubationszeit sich bilden und die Allgemeininfektion auf diese zweite Sklerose erfolgen.

Über die Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersalicylat, von Dr. Silva Aranjo in Rio de Janeiro. Nach der Erfahrung des Verfassers kann man dieses Mittel ohne Beeinträchtigung des Magens anwenden. Die gewöhnliche Dosis ist: 2 Pillen von à 25 Milligramm täglich, bis 3 Pillen in schwierigen Fällen. Derselbe empfiehlt, hinterher gekochte Milch zu trinken. Auf diese Weise soll das Quecksilber schneller und sicherer als auf jede andre Art wirken. Die Okulisten Mourra Brazil und Nevves Rocha haben dasselbe auch zu hypodermischen Einspritzungen gebraucht.

℞ *Hydrarg. salicylat.* 0,005—0,010
Aq. destill. 10,0

Nach des Verfassers Ansicht, ist das Quecksilbersalicylat ein ausgezeichnetes antiparasitäres Mittel namentlich gegen Ekzema marginatum Hebrae, Pityriasis circinata, Sykosis parasitaria etc. Es hat den Vorteil, geruchlos zu sein und nicht zu reizen, wenn es in Dosen angewendet wird, die in proportionalem Verhältnis zu der Natur und Intensität der Krankheit stehen.

Brüssel. Dubois-Havenith.

Dr. Mibelli, Assistent an der Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten zu Siena, hat die Josephschen **experimentellen Untersuchungen über die Ätiologie der Alopecia areata** an vielen Katzen wiederholt und ist zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Wird die Erzeugung der Alopecia areata durch nervöse Störungen bestätigt. Der artifizielle Haarausfall ist der Alopecia vollkommen analog.

2. Um solchen zirkumskripten Haarausfall zu erzeugen, ist die Exstirpation des Spinalganglions nicht notwendig; es genügt die einfache Kontinuitätstrennung des Halsnerven von seinem Ganglion.

3. Der zirkumskripte künstliche Haarausfall bleibt nicht auf das Verbreitungsgebiet des zweiten Halsnerven beschränkt; es können auch Areainseln auf andern Nervenbezirken entstehen. (*Boll. della Società Med. di Siena.* Vol. V. Nr. 2. 1887.)

Prof. Ceci berichtete auf dem IV. Chirurgenkongrefs in Genua (4. April 1887) **über die Verpflanzung gröfserer Hautlappen.** Er hat dieses Verfahren in verschiedenen Fällen mit Erfolg angewendet und zeigt die diesbezüglichen Photographien. Es handelte sich bei allen operierten Individuen um gräfsliche Verunstaltungen. Das erste günstige Resultat erzielte er bei einem Kranken, bei dem die Rhinoplastik einer monströsen Mifsbildung wegen mittels eines Stirnhautlappens vorgenommen wurde. Bei einer Frau führte er acht kleinere Operationen aus durch Hauttransplantationen auf die Nase, Stirn etc. Redner geht dann zur Auseinandersetzung einiger Einzelheiten des Verfahrens über, welchem er seine guten Erfolge zuschreibt. Vor allem trägt Ceci Sorge für Desinfektion und Hämostase desjenigen Gebietes, auf welches verpflanzt werden soll; dann schneidet er sich aus der gewählten Stelle den Hautlappen heraus, wobei er besonders acht gibt, dafs er kein Fett mit herausschneidet; hierauf benetzt er den so gewonnenen Lappen mit einer antiseptischen Lösung, führt die Naht mit sehr feinen, dünnen Nadeln aus, weil dicke Nadeln leicht Blutungen hervorrufen, und vollführt endlich eine sehr sorgfältige Prothese.

Spezielle Krankheit der Unterlippe. Dr. Moretti berichtet (*Riv. Clin.*) über 22 Fälle einer niemals beschriebenen, von ihm zuerst in Recanati und Umgebung beobachteten Unterlippenkrankheit, die in den Marken sehr häufig vorkommt. Die Krankheit sucht mit besonderer Vorliebe die Schnitter heim und gleicht keiner Ekzem-, Herpes- und Pellagraerythemform, besteht aber nach Verf. in einer serpiginösen mykotischen Ulceration. Die Schlüsse des Verf. sind folgende:

1. Die unbeschriebene Krankheit, die grofse, örtliche Beschwerden verursacht, trifft am häufigsten die Männer und wird selten vor den 20er Jahren beobachtet.

2. Sie besteht in oberflächlichen Ulcerationen, deren grofser Durchmesser meist der Mundöffnung parallel ist, und denen Schmerz, Anschwellung, Hitze und manchmal Fieber vorangehen.

3. Diese Krankheit scheint, wie allgemein geglaubt wird, parasitärer Natur und übertragbar zu sein.

4. Manchmal wiederholt sie sich in aufeinander folgenden Jahren und in derselben Zeitperiode.

5. Auf eine antiseptische Behandlung hin wird sie in wenigen Tagen geheilt, während sie bei Anwendung andrer Mittel 15 bis 90 Tage dauert.

Über die Katocheilitis der Schnitter. (*Riv. Clin. di Bologna.* Nr. 3. 1887.) Dr. V. Tommasoli hat diese spezielle Krankheit, welche von Dr. Moretti beschrieben wurde, häufig beobachtet, und auf Grund seiner Beobachtungen und indem er sich auf festehende Thatsachen stützt, leugnet er die parasitäre Natur derselben.

Diese Krankheit, welche von ihm Katocheilitis der Schnitter benannt wurde, weil man sie fast ausschliefslich bei dem Bauernstande während der Erntezeit beobachtet, gehört in die Klasse der Ekzeme und wird von den senkrecht auffallenden Sonnenstrahlen, von Staub, von Schmutz und durch die Einwirkung von sehr kaltem Trinkwasser und von irritierenden sauren Speisen und Getränken erzeugt, welche von den Landleuten während der Ernte und sommerlichen Feldarbeiten gebraucht werden.

Übertragung der Krätze von der Katze auf den Menschen. (*Turiner Akad. d. Med.* Sitzung vom 1. April 1887.) E. Perroneito beschreibt ausführlich einen von ihm beobachteten interessanten Fall. Eine Katze wurde vor ungefähr zwei Monaten von der Räude befallen, welche Krankheit sich auch einer andren Katze, die mit ersterer zusammenlebte, mitgeteilt hatte. Verf. erinnert daran, dafs der Sarcoptes cuti (Hering) seu Sarcoptes minor (Fürstenheim) seu Sarcoptes notodres (Bourguignon) zuerst den Kopf ergreift und sich dann von hier über die andern Körperstellen ausbreitet. Er macht nicht Gänge sondern erzeugt eine Art Zellen oder Nester unter der Epidermis, in welchen er sich vermehrt und von wo aus er sich weiter ausbreitet. Die betreffenden Hautstellen bilden zuerst bläschenförmige Erhebungen und Krusten und werden nach und nach blofsgelegt.

Die genannte Katze war Eigentum einer Frau, die ihre Katzen auf ihr eignes Bett zu legen pflegte; dies that sie auch, als die Krankheitssymptome ihrer Lieblinge manifest waren. Eine der beiden Katzen erlag bald. Die Frau fürchtete nun, die Krankheit wäre auch auf sie übertragen worden, und in der That hatte sie schon vor einem Monate rote Bläschen an den Armen bemerkt, die ihr viel Jucken verursachten. An den Händen und am Gesichte war nichts wahrzunehmen. Indessen verbreiteten sich die Parasiten auf dem Rücken, den Hüften, den Nates und an der hinteren Fläche der Oberschenkel. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man sowohl Männchen als Weibchen des Sarcoptes minor, wie bei der Katze. Die Übertragung der Krätze von der Katze auf diese Frau war aufser allem Zweifel. Die Behandlnng war dieselbe wie gegen die Skabies, die durch den verschieden geformten Sarcoptes hominis erzeugt wird.

Über die moderne Therapie der Hautkrankheiten. (*Lo Spallanzani.* 1886.) Prof. Manassei aus Rom verfolgt mit allem Eifer die grofsen Fortschritte, welche die moderne Therapie der Hautkrankheiten verzeichnet und die hauptsächlich von Unna eingeführt worden sind. In einer beachtenswerten inauguralen Vorlesung berichtet M. ausführlich über diese Fortschritte

und macht zugleich auf den nicht unbedeutenden Teil aufmerksam, den er selbst dazu beigetragen hat. Auch Italien besitzt nun durch sein Verdienst eine grofse Medizinalseifenfabrik, in welcher er nicht nur alle bekannten Seifen herstellen, sondern sie auch mit Rücksicht auf Dosis und Qualität verbessern und ihnen neue Gattungen (wie z. B. die Jodkaliumseife) anreihen kann. Dadurch hat sich der berühmte Professor aus Rom ein grofses Verdienst erworben, und wir müssen ihm unsre Anerkennung zollen.

Über eine neue Methode zur Behandlung des Erysipels. Ducrey (Klinik des Prof. de Amicis in Neapel) berichtet über die sehr erfolgreiche Behandlung des Erysipels mittels Sublimatinjektionen. Das Arzneimittel wird gleichzeitig auch äufserlich angewendet. Diese Injektionen, welche in der Stärke von 0,10 % zur Anwendung kommen, werden einige mm von dem erysipelatösen Rande und in einer Entfernung von 3 cm voneinander vorgenommen. Die äufserliche Anwendung geschieht durch Auflegen von in 1 %iger Lösung getränkter Watte. Zweimal täglich wechselt man den Verband, und werden die Injektionen immer an verschiedenen Stellen wiederholt Nach dieser Methode erzeugt man sofort über der ganzen Oberfläche einen milden und leicht durch Borsalbe oder Ölkalzliniment zu behandelnden Blasenausschlag, der die Heilung des Erysipels bezeichnet. (*Riforma Med.* Nr. 36. 1887.)

De Renzi (*Riforma Medica.* Nr. 45, 46.1887) berichtet auf Grund dreier an seiner Klinik beobachteten Fälle über **Syphilis des Nervensystems.** Die Pathogenese der syphilitischen, cerebralen Lokalisation wird ausführlich untersucht, und unter den ätiologischen Momenten, neben dem neuropathischen Zustande und der Beschäftigung der Patienten, und aufser den Traumen und dem Alkoholismus, wird vom Verf. die grofse Rolle der kalten Bäder hervorgehoben und dieselbe auf Grund zweier Fälle Reales bestätigt. Unter den Symptomen werden in erster Reihe Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, erhöhte Sehnenreflexe, Intoleranz gegen Opium, Hysterie, Schwindelanfälle, die auch beim Liegen im Bette vorkommen, Erbrechen von zentralem Ursprung, und paretische und paralitische Zustände angeführt; alle diese Erscheinungen sind sehr schwankend. Was die Therapie betrifft, empfiehlt Verf. aufser den gewöhnlichen Arzneimitteln auch Dampfbäder und Elektrizität.

Siena. Tommasoli.

Verschiedenes.

Eugen Dieterich in Helfenberg (bei Dresden) veröffentlichte in seinem Geschäftsbericht pro 1886 eine wertvolle Studie über **Lanolin und andre Salbenkörper in ihrem Verhalten zu Wasser,** welcher wir durch einen Abdruck in den *Monatsheften* eine möglichst weite Verbreitung zu geben wünschen. Wir halten dieselbe für die vom praktischen Standpunkte aus

wichtigste Arbeit über das Lanolin und schliefsen uns dem Autor vollständig an, wenn er den wesentlichen Vorzug des Lanolins in seiner Kapazität für Wasser erblickt, wie wir diesen Salbenkörper denn auch hauptsächlich nur für wasserlösliche und wasserhaltige Medikamente: Salze, Ichthyol, Liquor plumbi, Aluminae aceticae etc. zu rühmen wissen. Dieterich sagt:

„Eine der auffälligsten Eigenschaften des von Prof. Liebreich als Salbenkörper empfohlenen Lanolins ist, dafs es mehr als sein eignes Gewicht Wasser in sich aufzunehmen vermag und damit eine homogene Mischung bildet. Während man in letzter Zeit und besonders durch das Vorgehen der Editio altera unsrer Pharmakopöe das Wasser in den Salben, ja sogar die Fette als Salbenkörper für entbehrlich und letztere durch das Unguentum Paraffini für ersetzt hielt, so wurde dieser Anschauung zum ersten mal widersprochen durch Dr. Unna in Hamburg[1], der in seiner bekannten und interessanten Arbeit über „Fettsalben" und „Kühlsalben" nachwies, dafs für eine bestimmte Zahl von Salben, die er dem Zwecke entsprechend als „Kühlsalben" bezeichnete, der Wasserzusatz unentbehrlich und dafs es für einzelne Formen sogar wichtig sei, dafs sie möglichst viel Wasser enthalten. Obwohl nun Lanolin in dieser Richtung das Mögliche leistet, sich aber noch im Stadium der Versuche befindet, schien es mir wissenswert, in welchem Verhältnis zur Wasserzumischung andre Fette und Salbenkörper stünden. Ich liefs daher in einer Temperatur von 15 ° C. je 100 g Fett so lange mit Wasser versetzen, als die Mischung homogen blieb, und die ganze Versuchsreihe durch eine zweite Probereihe kontrollieren. Die Ergebnisse dieser Arbeit gestatte ich mir in folgendem vorzulegen:

		Wasser.
1.	100 Ung. Paraffini	4
2.	100 Ad. suilli	15
3.	100 „ „ benzoin....	17
4.	70 Ol. Amygdal. / 30 Cerae flavae	23
5.	70 Ol. Amygdal. / 30 Cerae albae	31
6.	70 Ol. Olivar. prov. / 30 Cerae flavae	26,5
7.	70 Ol. Olivar. prov. / 30 Cerae albae	30,5
8.	70 Ol. Jecoris Aselli / 30 Cerae flavae ...	28
9.	70 Ol. Jecoris Aselli / 30 Cerae albae ...	32,3
10.	70 Olei Lini / 30 Cerae flavae	41,3
11.	70 Olei Lini / 30 Cerae albae	48,5
12.	70 Acidi oleïnici albi / 30 Cerae flavae ...	50,5
13.	70 Acidi oleïnici albi / 30 Cerae albae ...	60
14.	60 Ol. Olivarum prov. / 10 Terebinthinae com. / 30 Cerae flavae	16
15.	65 Olei Olivarum prov. / 10 Colofonii / 25 Cerae flavae	19
16.	70 Sebi ovilis / 30 Olei olivarum prov.	27
17.	80 Adipis suilli / 10 Cetacei / 10 Olei Olivarum prov.	14

[1] *Monatshefte f. pr. Dermat.* III. Bd. 1884. No. 6.

		Wasser.
18.	50 Adipis suilli 10 Cetacei 10 Cerae albae 30 Olei Olivarum prov.	28
19.	70 Olei Olivarum prov. 15 Cetacei 15 Cerae flavae	32,6
20.	70 Olei Olivarum prov. 15 Cetacei 15 Cerae albae	39,5
21.	100 Lanolini	105
22.	70 Olei nucum Jugland. 30 Cerae flavae	20,5
23.	70 Olei nucum Jugland. 30 Cerae albae	23,8
24.	70 Kronenöl, gelb 30 Cerae flavae	21,5
25.	70 Kronenöl, gelb 30 Cerae albae	25,2
26.	70 Olei Gossypii 30 Cerae flavae	22,5
27.	70 Olei Gossypii 30 Cerae albae	24,7
28.	70 Kronenöl, farblos 30 Cerae flavae	23,0
29.	70 Kronenöl, farblos 30 Cerae albae	26,2
30.	70 Olei Arachis 30 Cerae flavae	23,5
31.	70 Olei Arachis 30 Cerae albae	27,5
32.	70 Olei Ricini 30 Cerae flavae	23,0
33.	70 Olei Ricini 30 Cerae albae	27,2
34.	70 Olei Olivarum albi 30 Cerae flavae	23,0
35.	70 Olei Olivarum albi 30 Cerae albae	26,2
36.	70 Olei Sesami 30 Cerae flavae	24,5
37.	70 Olei Sesami 30 Cerae albae	28,6
38.	70 Olei Helianthi 30 Cerae flavae	25,3
39.	70 Olei Helianthi 30 Cerae albae	30,4
40.	70 Olei Raparum 30 Cerae flavae	28,5
41.	70 Olei Raparum 30 Cerae albae	33,0
42.	70 Olei Papaveris 30 Cerae flavae	30,6
43.	70 Olei Papaveris 30 Cerae albae	32,2
44.	Palmöl	41,0
45.	Kokosöl	57,0

Fast sämtliche Nummern konstatieren, dafs das weifse Wachs mehr zur Wasseraufnahme disponiert, wie das gelbe, und dafs diese Eigenschaft in dem Säuregehalt, durch den es sich erheblich von der ungebleichten Ware unterscheidet, zu suchen ist. Der Unterschied zwischen Schweinefett und Benzoëfett, der nur im Benzoësäuregehalt des letzteren besteht (1 und 2), läfst denselben Schlufs zu, während er seine volle Bestätigung bei Verwendung der Ölsäure (12 und 13) findet.

Eigentümlich ist die Einwirkung von 10 % Terpentin in 14 und 10 % Kolofon in 15 und das dadurch bewirkte Zurückgehen der Wasseraufnahme von 26,5 % in 6 auf 16 %, resp. 19 %.

Harze scheinen also wenig geeignet, sich mit Wasser mischen zu lassen, nachdem sie diese Eigenschaft der Wachssalbe so wesentlich herabminderten.

Probe 17 liefert den Beweis, dafs so spröde Körper wie Cetaceum, die sich, wie die mikroskopische Prüfung zeigte, in ziemlich groben Kristallen

ausscheiden, die Affinität zu Wasser nicht erhöhen, während in 18 die dem Cetaceum beigegebene gleiche Menge weifsen Wachses die Wassermenge verdoppelt, ein Erfolg, welcher ausschliefslich dem Wachs zuzuschreiben sein dürfte, da Schweinefett sowohl, wie Cetaceum sich eines solchen Verhaltens nicht rühmen können.

Ferner verdient noch hervorgehoben zu werden, dafs ungereinigte, schleimhaltige Öle ein ähnliches Verhalten zu zeigen scheinen; wenigstens nimmt das rohe Arachisöl mehr Wasser auf, wie seine Depurate, das gelbe und farblose Kronenöl.

Sehr hohe Prozentsätze zeigen Palm- und Kokosöl, wenn sie auch nicht mehr leisten, wie die mit Leinöl oder Ölsäure bereitete Wachssalbe, ja hinter letzterer (No. 13) sogar zurückbleiben.

Die beiden entgegengesetzten Pole bilden das Lanolin und die Paraffinsalbe.

Bei Verwendung eines Fettes als Salbe wird diesem zugemutet, eine Schicht zu durchdringen, welche Feuchtigkeit ausdünstet, selbst enthält und sogar auf feuchtem Untergrund liegt. Dafs eine nasse Cellulosesschicht für Fette sogar ganz undurchdringlich sein kann, beweist uns das von Höhner eingeführte Auswaschen von Butter auf mit Wasser genäfstem Filter. Trocknet dieses Filter, so wird das Fett in demselben Mafse in den Stoff eindringen, als das Wasser zurücktritt.

Analog verhält sich jedenfalls die Haut, die aufserdem nicht nafs, sondern auf der Oberfläche nahezu trocken ist, während sie nach unten an Feuchtigkeit zunimmt. Sie ist also wohl geeignet, Fettstoffe in sich aufzunehmen und sie um so tiefer in ihre feuchte Sphäre eindringen zu lassen, je weniger schroff das betreffende Fett einer wässerigen Flüssigkeit gegenübersteht. Ja Mischungen von Fett und Wasser haben wohl noch mehr die Eigenschaft, ihren Zweck als Salbe zu erfüllen, und frühere Pharmakopöen entsprachen, wenn auch unbewufst, mit ihrem wasserhaltigen und mit weifsem Wachs bereiteten Unguentum rosatum oder simplex dem Bedürfnis sicher mehr wie unsre jetzigen Formeln, die jede Spur Wasser in den Salben verpönen.

Ich bin weit entfernt, für das Lanolin unbedingt eine Lanze brechen zu wollen und meine vielmehr, dafs man erst längere Zeit Erfahrungen sammeln solle, um nicht Gleiches erleben zu müssen, wie bei Unguentum Paraffini. Ich möchte mir dagegen erlauben, die entgegengesetzten Eigenschaften von Lanolin, dem man — so weit ich bis jetzt urteilen darf, nicht mit Unrecht — eine noch nirgends beobachtete Resorptionsfähigkeit nachrühmt, und der Paraffinsalbe, der diese allseitig abgesprochen wird, anderseits ihr beiderseitiges Verhalten zu Wasser in den Vordergrund zu stellen und hieraus folgern,

1. dafs die Fähigkeiten eines Fettes, einerseits Wasser aufzunehmen und anderseits resorbiert zu werden, miteinander korrespondieren und in geradem Verhältnis zueinander stehen;

2. dafs durch Zusatz von Wasser zu einer Salbe die Resorptionsbefähigung erhöht wird.

Ich würde mich freuen, wenn diese Ansicht Beachtung fände und von berufeneren Kräften einer Prüfung unterzogen würde. Es schliefst dies nicht aus, schon jetzt mit der Thatsache zu rechnen, dafs die Paraffinsalbe ihren Zweck als Salbenkörper nicht erfüllt und durch etwas Andres vielleicht durch die alte Wachssalbe, ersetzt werden mufs. Möge man sich dieser Notwendigkeit an berufener Stelle nicht länger verschliefsen und ein Präparat fallen lassen, dem man in Überschätzung seiner Indifferenz die übrigen zu einer Salbengrundlage notwendigen Eigenschaften nachsah. Den nun einmal begangenen Fehler wieder gut zu machen ist im allgemeinen Interesse eine Pflicht und, obgleich ein Eingeständnis darin liegt, weit rühmlicher, als das Anklammern an eine verlorene Sache, die MIELCK[2] sehr treffend als eine Modethorheit bezeichnet.

Gegen die Haltbarkeit der Lanolinsalben ist nichts einzuwenden, da soweit wir nach einigen Monaten urteilen können, ihr Verhalten ein besseres ist, wie das der Fettsalben.

Um zu beurteilen, inwieweit eine Säurebildung bei denselben stattfinde, titrierten wir die Säure in den Lanolinsalben unmittelbar nach der Bereitung und wiederholten die Messung in gröfseren Zwischenräumen.

Lanolinsalben[3]	Verbrauch an Zehntel-Normalkalilauge in ccm pro 1,0 Salbe.				
	9. Dec. 1885	8. Jan. 1886	30. Jan. 1886	30. April 1886	31. Juli 1886
Lanolimentum purum	1,40	1,40	1,40	1,40	1,40
„ Cerussae	0,96	0,96	0,96	0,70	0,45
„ diachylon	2,90	3,10	4,15	3,60	4,85
„ Hydrarg. alb.	1,40	1,40	1,40	0,80	0,70
„ „ ciner.	0,66	0,66	0,66	0,66	0,95
„ „ rubr.	0,80	0,80	0,63	zersetzt	—
„ Kalii jodat. 25 %	0,83	0,80	0,80	0,20	zersetzt
„ „ „ 10 % + 0,5 % Natr. subsulf.	1,10	1,10	1,10	0,66	zersetzt
Lanoliment. Plumbi	1,80	1,80	1,93	2,10	2,60
„ „ + 8 % Glycerin	1,80	1,80	2,20	2,50	2,80
„ Tartari stibiati	1,55	1,55	1,55	1,55	1,40
„ Zinci	0,95	0,80	0,80	0,45	1,30

[2] *Monatsh. f. pr. Dermat.* 1885. pag. 22.
[3] Aus den HELFENBERFER *Annalen* 1886 nachgetragen.

Die freie Säure machte sich also fühlbar bei Cerussa, Hydrarg. cinér. Hydrarg. oxyd. rubr. und Zinc. oxydatum, während bei Jodkalium die Säuremenge dem in dem Jodkaliumliniment enthaltenen Lanolin entspricht. Bei, Lanolim. Plumbi und Hydrarg. albi mufs das Verhalten ebenfalls ein gutes genannt werden.

Als einen ausgezeichneten Erfolg müssen wir die Haltbarkeit der grauen Salbe bezeichnen. Wenn man bedenkt, dafs Lanolin Wasser enthält, und dafs beim Verreiben des Quecksilbers noch eine Menge Luft in feinverteiltem Zustand zugeführt wird, so sind die Bedingungen für Ranzigwerden im Überflufs vorhanden, und es kommt die geringe Menge von freier Säure, welche sich nach 7—8 Monaten gebildet hat, kaum in Betracht. Als Gegensatz möge erwähnt sein, dafs eine mit Fett bereitete graue Salbe nach 9 Monaten 1,15 ccm $^1/_{10000}$ KHO verbrauchte.

Ein ähnlich günstiges Resultat zeigt die sehr empfindliche Hebrasche Salbe, wenn wir die Ziffern damit vergleichen, welche unser vorjähriger Geschäftsbericht für das offizielle Ungt. diachylon angibt. Dort brauchte 1,0 der frisch bereiteten Salbe 5,20 und nach 9 Monaten 13,60 ccm Zehntel-Lauge.

Ganz in demselben Verhältnis zeigten auch die andern mit Lanolin bereiteten Salben eine zufriedenstellende, durchgehends aber eine bessere Haltbarkeit wie die Fettsalben.

Ein Zusatz von Fett zu den Lanolinsalben hat sich als praktisch erwiesen und kann mit 20 % als entsprechend beziffert werden. Die etwas zähe Beschaffenheit des Lanolin leistet dem Einreiben zu viel Widerstand und wird durch Fett oder Talg korrigiert. Weniger wie 20 % zu nehmen, ist nach den hier in reichem Mafse gesammelten Erfahrungen nicht zu empfehlen.

Nachdem wir schon früher vielfache Versuche über die Haltbarkeit der verschiedensten Salbenmischungen gemacht und veröffentlicht hatten, tritt jetzt die Aufgabe an uns heran, den Einflufs eines Wassergehaltes, wie er von Unna aus therapeutischen Gründen bei den Kühlsalben für notwendig erklärt wird, auf die Bildung freier Fettsäuren zu studieren.

Wir verfuhren in der Weise, die nachverzeichneten Fette und Salben mit 10 % Wasser zu vermischen, den Gehalt an freier Säure direkt nach der Bereitung, sodann nach 3 und 6 Monaten durch Titration mittels Zehntel-Normalkalilauge zu bestimmen und das Plus, welches sich aus dem Verbrauch einerseits bei der frischen Mischung und anderseits nach 6 Monaten ergab, festzustellen.

Analog den früher von uns erhaltenen Resultaten mit wasserfreien Salben zeigt auch hier die Benzoë ihre konservierende Wirkung. Sehr interessant ist das Verhalten des Hammeltalges; seine Haltbarkeit steht der des Rindstalges weit nach, und bestätigt sich damit eine bereits vor vielen Jahren von Hager gemachte und öfter wiederholte Behauptung, dafs der Rindstalg dem Hammeltalg wegen seiner besseren Haltbarkeit vorzuziehen

sei, vollkommen. Wir selbst bekannten uns früher nicht zur Hagenschen Ansicht, müssen jetzt aber auf Grund der von uns erbrachten Zahlenbelege die Richtigkeit derselben unbedingt anerkennen.

Bei Ungt. Cerussae wurde nach 6 Monaten weniger Kalilauge gebraucht, wie nach 3 Monaten, was auf die Bildung von Bleioleat zurückzuführen ist. Wir erhielten schon früher derartige Resultate bei Gegenwart von Bleiweifs, so u. a. bei Lanolimentum Cerussae.

Ganz vorzüglich hielt sich Ungt. cereum, so dafs man zu dem Schlufs kommen möchte, dafs dies der geeignetste Körper für die Kühlsalbe sei.

Mit 10 % Wassergehalt	ccm KHO $^1/_{10000}$ pro 1 g Substanz			
	frisch	nach 3 Monaten	nach 6 Monaten	Mehrverbrauch nach 6 Monaten
Adeps suillus	0,20	0,30	0,40	0,20
„ „ benzoinat.	1,50	1,50	1,60	0,10
Sebum bovinum	0,22	0,22	0,45	0,23
„ ovile	0,30	0,33	1,20	0,90
„ „ benzoinat.	1,80	1,80	1,95	0,15
Unguentum cereum	1,20	1,30	1,30	0,10
„ Cerussae	0,20	0,20	0,12	—
„ diachylon	4,90	5,10	8,20	3,30
„ Hydrarg. alb.	0,22	0,33	0,35	0,13
„ „ ciner.	0,18	0,18	0,45	0,27
„ „ rubr.	0,20	0,20	zersetzt	—
„ Tartari stib.	0,20	0,20	0,35	0,15
„ Zinci	0,20	0,25	0,60	0,40

Im ganzen genommen hätten wir uns den ungünstigen Einfluſs des Wassers — Unguentum diachylon ausgenommen — schlimmer gedacht; wir glauben deshalb, dafs dem Verlangen Unnas, wasserhaltige Kühlsalben her zustellen, ohne irgendwelchen Nachteil stattgegeben werden kann.

60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden.

Es liegen bereits 26 Vorträge resp. Demonstrationen für die dermatologische Sektion vor. Von dem Wunsche geleitet, dafs möglichst alle Herren zum Worte kommen können, macht der Unterzeichnete den Vorschlag, dafs diejenigen Vortragenden, welche gleiche oder ähnliche Themata (z. B. über Gonorrhöe)

behandeln, sich vorher miteinander in Verbindung setzen und sich die Punkte mitteilen, welche jeder vorzugsweise besprechen will. Es könnten so Wiederholungen gleicher Dinge vermieden und dadurch Zeit gespart werden. Gleichzeitig richtet der Unterzeichnete an diejenigen Herren, welche demonstrieren wollen, die Frage, ob sie und im Bejahungsfalle wie viele Mikroskope sie brauchen (Ölimmersionen?), oder ob sie sonstige Wünsche haben (z. B. Patienten aus dem Hospitale).

Wiesbaden. Dr. K. Touton,
Taunusstrafse 22. Einführender der Sektion.

Ferner angemeldete Vorträge:

Neumann (Wien): Thema vorbehalten.

Lewinski (Berlin): Thema vorbehalten.

Caspary (Königsberg): Zur Anatomie des Lichen ruber mit Demonstrationen.

Bockhardt (Wiesbaden): 1. Über die Pathologie und Therapie der chronischen Urethritis lacunaris.
2. Über Schankerexcision.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Haslund. *Eudun et Par Tilfaelde af Syphilis, opstaaet ved Infection gjennem Svaelget.* (Hosp. Tid. 3. Raekke. Bd. V. No. 10. 1887.)

— *Sjaeldnere Former af Jodkaliumexantem.* (Ebenda. Bd. V. No. 7. 1887.)

Landau. *Über Verschwärungen der weiblichen Harnröhre.* (Archiv für Gynäkologie. Bd. XXX. Heft 1.)

Michelson. *Über die galvano-chirurgischen Depilationsmethoden.* (Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887.)

Brown. *A New Universal Syringe Aspirator.* (New York Medical Journal. 1886.)

— *The Metro-Urethrotome.* (Ebenda. Febr. 12. 1887.)

Garré. *Über Vaccine und Variola.* (Deutsche medizin. Wochenschr. 1887.)

Van der Loeff. *Over de proteïden in de animale koepokstof.* (Weekblad van het Nederlandsch Tidschrift voor Geneeskunde. 1886. No. 45.)

Kreis. *Über das Verhalten der Gonokokken zu Thallinsalzen.* (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte. 1887. No. 1.)

Kaposi. *Impetigo herpetiformis.* (Vierteljahresschr. für Derm. u. Syphilis. 1887.)

Stäheli. *Über Mikroorganismen unter dem antiseptischen Zinkverband.* Inauguraldissertation. St. Gallen. 1886.

Lang. *Das venerische Geschwür.* Wiesbaden 1887. Bergmann.

ALBRECHT. *Verläuft der Nervenstrom in nicht geschlossener oder geschlossener Strombahn, und wie gelangt er, wenn letzteres der Fall ist, zum Sitze der elektromotorischen Kraft zurück?* (Biologisches Centralblatt. 1887. No. 23.)

— *Aufsätze. 1. Über die cetoide Natur der Promammalia.* (Anatomischer Anzeiger. 1886. No. 13.)

— *59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin. Aus der Sektion für Anatomie.* (Biologisches Centralblatt. 1886. No. 19.)

WEIGERT. *Bemerkungen über den weifsen Thrombus.* (Fortschritte der Medizin. 1887. No. 7.)

— *Über eine neue Methode zur Färbung von Fibrin und von Mikroorganismen.* (Ebenda. No. 8.)

FISCHER. *Über die Behandlungsmethoden der Prostatitis mit besonderer Berücksichtigung der Prostatahypertrophie.* Leipzig 1887. GUSTAV FOCK.

FRÄNKEL u. SÄNGER. *Untersuchungen über die Ätiologie der Endocarditis.* (VIRCHOWS Archiv) 1887. Bd. 108.)

FREY. *Über den Einfluſs der Schwitzbäder auf die Kreislaufstörungen.* (Deutsches Archiv für klinische Medizin. Bd. 40.)

— *Über die Bedeutung der Schwitzbäder bei der merkuriellen Behandlung der Syphilis.* (Berl. klin. Wochenschr. 1886. No. 48.)

HAEGELE. *Ein Fall von Papilloma neuropathicum frontis.* Inauguraldissertation. Würzburg 1886.

Societé Royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Séance du 4. avril 1887.

LELOIR. *Des lésions élementaires de la peau.* (Journal des connaissances médicales. 1887. No. 18.)

FOURNIER. *De la guérison de l'ongle incarné par les applications d'Jodoforme.* (Journal de Médecine de Paris. 1887. 13. Avril.)

QUINCKE. *Zur operativen Behandlnng der Lungenabscesse.* (Berl. klinische Wochenschr. 1887. No. 19.)

LANG. *Bartholinische Drüsen mit doppeltem Ausführungsgängen.* (Medizinische Jahrbücher. Neue Folge. 1887.)

MORROW. *Drug Eruptions.* New York 1887. WILLIAM WOOD & Company.

ROSENTHAL. *Fall von Lupus erythematodes.* (Deutsche Mediz. Wochenschr. 1887. No. 19.)

— *Ein Fall Dysidrosis chronica des Gesichts.* (Ebenda. 1887. No. 20.)

MACADAM. *On Soda, Soap, and other cleausing materials.* Edinburgh 1886. MACNIVEN & WALLACE.

MILTON. *On the Pathologie and Treatment of Spermatorrhoea.* 22. Edit. London 1887. HENRY REUSKAN.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 14. 15. Juli 1887.

Sebastianus Petritius über den Tripper.

Von

Dr. Leopold Glück,

Kreisarzt und Spitalsleiter in Travnik (Bosnien).

Eigentümlich überrascht es den Fachkundigen, wenn er in einem der bedeutendsten Werke über die Syphilis aus dem 18. Jahrhundert, und ein solches ist unzweifelhaft das Buch Astrucs, liest[1]: „Manat in gonorrhoea ex urethra in viris, e vulva in foeminis, seminalis humor non modo calens, acer mordax, sed etiam multus, uber, copiosus. Inde liquet ergo seminaria conceptacula, quae sunt primae seminis aut seminalium humosum scaturigines, unde semen aut seminales humores in urethram in viris, in vulvam in foeminis profundantur, vel omnia vel pleraque vel ex iis enum quodvis male affici: Siquidom certissimum est axioma, Ibi morbi sedem esse, unde profluit humor morbose vitiatus", und das um so eigentümlicher, wenn man berücksichtigt, daſs der Verfasser die Werke eines Mucitanus[2] und Cockburne[3], die er an verschiedenen Stellen anführt, gekannt hat. Aber Swediauer[4] hat unzweifelhaft recht, indem er diesbezüglich sagt: „Der Miſsbrauch der Wörter ist eine unerschöpfliche Quelle menschlicher Irrtümer. Das Wort Gonorrhöe ist griechischen Ursprungs und bedeutet Samenfluſs. Van Switen und de Haen,

[1] *De morbis venereis Libri sex.* Parisiis MDCXXXVIII. pag. 173.
[2] l. c. pag. 601.
[3] l. c. pag. 176 u. 611.
[4] F. Swediauers *vollständige Abhandlung über die Zufälle, die Wirkungen, die Natur und die Behandlung der venerischen Krankheiten.* Aus dem Französischen übersetzt von Tyrel. Wien 1798. I. Bd. pag. VII.

zwei der berühmtesten Ärzte in Europa, behaupteten vor etwa 30 Jahren die Lehre. Indessen ist doch nichts falscher und ungereimter."

Bedenkt man aber, dafs auch die Autoren unsers Jahrhunderts bis in die neueste Zeit, trotz erweiteter historischer Kenntnisse, die richtige Auffassung des Wesens und des Sitzes des Trippers teils von der Zeit COCKBURNES, teils wieder MORGAGNIS herdatierten, wiewohl bereits HALLER auf den eigentlichen Begründer der Tripperpathologie, ich meine hier LAURENTIUS TERRANEUS, den PROKSCH[5] erst im Jahre 1879 wieder entdecken mufste, hingewiesen hatte, so verliert der Fehler ASTRUCS viel von seiner Bedeutung.

Es unterliegt nicht dem mindesten Zweifel, dafs die bei weitem überwiegende Mehrzahl der Ärzte vor und sogar nach LAURENTIUS TERRANEUS den Sitz des Trippers in die samenbildenden Organe verlegte und den Ausflufs als verdorbenen Samen betrachtete.

Da es aber auf keinem Gebiete der Entwickelungsgeschichte des menschlichen Wissens Sprünge gibt, und jede noch so bescheidene Entdeckung ihre Vorläufer hat, so ist es eine ebenso unleugbare Thatsache, dafs LAURENTIUS TERRANEUS Ärzte vorauf gegangen sind, denen die allgemein acceptierte Anschauung vom verdorbenen Samen keinesfalls zugesagt hat. Aber wie die Autoren über den Begründer der Tripperpathologie selbst im unklaren waren, ebenso schwankend sind ihre Meinungen bezüg seiner Vorläufer.

Es sei mir gestattet nur einige der Autoren, denen wohl niemand nachsagen kann, den geschichtlichen Teil ihres Faches nicht eingehend studiert zu haben, anzuführen.

PROKSCH[6] citiert aus MUSITANUS zwei Sätze, die beweisen sollen, dafs derselbe zu den Syphilographen zu zählen ist, „welche den früheren falschen Anschauungen widersprachen und annehmbare an ihre Stelle setzten."

---

[5] LAURENTIUS TERRANEUS über die Pathologie des Trippers. Eine historische Berichtigung. Von J. H. PROKSCH, pr. Arzt in Wien. *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis.* VI. Jahrgang 1879. Heft 2 und 3. pag. 313 bis 319.

[6] l. c. pag. 316.

Hölder[7] sagt: „Der erste, der die falsche Ansicht (über die Pathologie des Trippers) bestritt, war Turquet de Magerne.[8] Er erklärte den Ausfluſs für Eiter, verwarf daher den Namen „Gonorrhöe“ und schlug „Pyorrhöe“ (Eiterfluſs) für ihn vor.

Schlieſslich glaubt Geigel[9], daſs schon de Clerc im Jahre 1619 behauptet habe, „in der Gonorrhöe werde kein eigentlicher Samen ausgeschieden.“

Keiner der vorerwähnten Autoren scheint aber die Monographie des Sebastianus Petritius[10] über die Syphilis gekannt zu haben, sie würden sonst sicherlich weder einen Musitanus, Turquet de Magerne, noch auch de Cerc das Verdienst zugeschrieben haben, die alte Anschauung von dem Wesen des Trippers bekämpft zu haben.

Die Schrift des Petritius, in Form einer Dissertation abgefaſst, ist im Jahre 1591 in Krakau unter dem Titel: „*De natura, causis, symptomatis morbi gallici ejusque curatione*“ erschienen und enthält in dem Abschnitte „Gonorhaeae curatio“ folgende Sätze:

1. „Accidit per pudendum substantiam albam fluere; quae non est genitura, sed pus: quia cum dolore exit: genitura autem sine dolore. Et hic affectus Gonorrhaea improprie vocatur.
2. Pus autem illud fit ex multis ulcusculis in parte interna penis ortis, quod cum acre sit mordax, per partes, exquisiti sensus fluens dolorem facit.“

Diese Sätze erweisen wohl zur Genüge, daſs bereits Petritius im Jahre 1591 der Anschauung, wonach beim Tripper aus der Harnröhre verdorbener Samen abfliefst, mit aller Entschiedenheit

[7] *Lehrbuch der venerischen Krankheiten*, nach dem neuesten Stande der Wissenschaft bearbeitet von Herman Hölder. Stuttgart 1851.

[8] Eingehend gewürdigt bei Astruc. pag. 585 ff.

[9] *Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis*, von Professor Dr. A. Geigel. Würzburg 1867. pag. 71.

[10] Eigentlich „Sebastian Petrycy.“ Nähere biographische Daten im *Biographischen Lexicon der hervorragenden Ärzte*, herausgegeben von Prof. Dr. A. Hirsch. Bd. IV. pag. 548. 1886.

Das Schriftchen ist selten. Ich habe eine selbstgefertigte Abschrift eines in der k. k. Universitätsbibliothek in Krakau vorfindlichen Exemplars.

entgegentritt und seine Annahme, es sei dies Eiter, zwar kurz aber treffend begründet.

Wenn PETRITIUS den Eiter aus vielen Geschwürchen in der Harnröhre entstehen läfst, so trägt er nur Rechnung der Anschauung seiner und einer noch viel späteren Zeit, wonach man den Eiter ohne Geschwüre in keiner Weise denken konnte.

Dafs PETRITIUS den Sitz des Trippers wirklich in die Harnröhre verlegte und dies in dem oben citierten zweiten Satze durch die „pars interna penis" zum Ausdruck brachte, erhellt wohl aus folgender Stelle, die sich im Zusammenhang mit der kurzen Beschreibung der „Gonorrhaea" vorfindet.

„Adnascitur in meatu urinario caruncula quaedam vel verruca, impediens transitum urinae, quae ex modo fit, quo caro superfluitans in vulneribus, cujus partes superficiales irrigatione urinae, adstringuntur."

Bei der mangelhaften Kenntnis der feineren Anatomie der Geschlechtsteile und der Harnwerkzeuge im 16. Jahrhundert darf es niemanden wundern, dafs die Pathogenese der Harnröhrenstriktur in eigentümlicher Weise erklärt wird; und doch haben gelehrte Schriftsteller bis tief in das 18. Jahrhundert hinein, unter ihnen auch SWEDIAUER[11], trotz erweiteter Kenntnis der Harnröhrenanatomie, die Bildung der Striktur in folgender Weise erklärt:

„Zuweilen ist die durch die Schärfe des Giftes, oder durch andre Umstände hervorgebrachte Entzündung so heftig, dafs sie an irgend einem Orte der Harnröhre ein Geschwür zurückläfst; ..... und verursacht, indem sie zuerst eine Narbe bildet, sodann aber allmählich in ihrem Umfange zunimmt, an einem oder mehreren Orten der Harnröhre, eine Verengerung, die anfangs den Abgang des Urins erschwert und endlich früher oder später zu einer gänzlichen Harnverhaltung Anlafs gibt. Die Narbe ..... bildet eine Art von Knoten oder Hervorragung in der Harnröhre: zuweilen ereignet es sich auch, dafs die Geschwüre, indem sie vernarben, schwammige Auswüchse bilden, die unter dem Namen Karunkeln oder Karnositäten bekannt sind ....."

[11] l. c. pag. 149.

Über das Vorkommen der einzelnen Lepraformen, sowie der Erscheinungen an Augen, Nase und Ohren.

Resultate der Untersuchung von 48 Fällen aus dem Leprahospital in Rio de Janeiro.

Von

Dr. Azevedo Lima und Guedes de Mello

in Rio de Janeiro.

Aus dem Portugiesischen übersetzt von Dr. Adolph Lutz.

(Schluſs.)

Veränderungen an den Organen des Gesichts.

Augenlider. Die Hautpartien, welche die Augenlider und die Ränder der Orbitae umfassen, sind der Sitz von Flecken oder — und zwar weit häufiger — von intakten oder ulcerierten Knoten in wechselnder Zahl und Gröſse. Dieselben können eine symmetrische Verteilung zeigen, so z. B. im Falle 1. Häufig nehmen sie diejenigen Stellen ein, an welchen normalerweise die Brauen- und Cilienhaare sitzen. Der Ausfall der letzteren (bei den Brauen namentlich in den zwei äuſseren Dritteln) ist eine der häufigsten Läsionen; manchmal findet man an ihrer Stelle Narben oder Verdickungen der Haut, die man nicht wohl als Knoten bezeichnen kann. Auf der Lidhaut unterscheidet man häufig Gefäſsinjektionen, namentlich in der Nähe des freien Randes. Die Alopecie ist häufiger am obern Augenlide als am untern und selten vollständig (z. B. im Falle 40), gewöhnlich partiell. Dabei sind die noch vorhandenen Cilien meistens erkrankt (entfärbt, kurz, spröde und leicht zerbrechlich), wie bei Blepharitiden aus andern Ursachen; manchmal sind sie zwar gesund, aber insgesamt nach dem innern oder äuſsern Augenwinkel abgelenkt. In einzelnen Fällen sind sie durch den Zug bei der Vernarbung eines ulcerierten Tuberkels am äuſseren Orbitalrande nach oben und auſsen gezogen; in andern stehen sie nach dem Bulbus zu (Trichiasis), oder es existieren 2 Reihen (Distichiasis). Am häufigsten ist die Inversion der Cilien nach innen Folge einer Orbicularisparalyse; es besteht dann Lagophthalmus und Entropion, wodurch ein fortwährender Reizzustand unterhalten wird, welcher die Entstehung von Conjuncti-

vitis und Keratitis durch Trauma begünstigt. Diese Orbicularisparalyse ist nicht selten und zuweilen komplett, im Gegensatz zu den Angaben von WECKER. Eine Folge derselben ist die Störung des Mechanismus des Thränenabflusses, teils durch die gehemmte Bewegung der Lider, teils durch die Ablenkung oder Okklusion der Thränenpunkte und -gänge (Fall 27 u. a.). Bei totaler Lähmung besteht neben Ptosis des oberen Ektropion des unteren Augenlides. Die bloßgelegte Schleimhaut wird dabei trocken, rauh, verhärtet und verdickt, so daß sie bei farbigen Individuen mehr der benachbarten Haut als einer normalen Schleimhaut ähnlich sieht (Fall 28 u. a.). In einem Falle erstreckte sich die komplette Atrophie nicht nur auf den Muskel, sondern auch auf den Tarsus selbst, so daß das ganze Lid auf eine dünne Platte reduziert war, welche so durchscheinend erschien, als ob sie aus bloßer Haut bestünde.

Außerdem wurde Verunstaltung der Lidspalte mit Erweiterung der Angulus internus beobachtet, bald durch die Orbicularisparalyse, bald durch Narbenzug, ferner fibrilläre Zuckungen (Fall 30) der Orbiculares, und eine nicht immer von Ptosis begleitete Schlaffheit der Haut des oberen Augenlides (besonders im äußeren Teile), wodurch diese wie ein Schleier vor dem Bulbus herabsinkt (Fall 17).

Conjunctivae. Die schon erwähnte weißliche Verfärbung der Lidbindehaut haben wir bei verschiedenen Patienten beobachtet. Man sieht manchmal keine Spur von Zirkulation in derselben; in andern Fällen erscheinen hier und da vereinzelte, geschlängelte Gefäße. Die Schlängelung wird übrigens beinahe durchwegs am Gefäßnetze, sowohl der palpebralen als der bulbären Conjunctiva beobachtet, außerdem erfolgt auch eine Erweiterung des Kalibers durch Zirkulationshindernisse und die verminderte Elastizität der Wandungen. Letztere erkennt man an der bulbären Bindehaut dadurch, daß die Gefäße je nach der Blickesrichtung gespannt oder in kurzen Zickzacken verlaufend erscheinen.

Im Gegensatz zu der angeführten Blässe findet man in manchen Fällen eine mehr oder weniger starke Injektion besonders der Conjunctivae palpebrales. Dieselbe ist entweder gleichmäßig, wie

bei der katarrhalischen Conjunctivitis, und von entsprechender Sekretion begleitet, oder es existieren nur einzelne Flecke von lebhafterem Rot, wo man keine Gefäfse unterscheiden kann.

An der Conjunctiva bulbi findet die Injektion gewöhnlich in einem dreieckigen Gefäfsbündel statt, dessen Spitze meist nach dem Sklerocornealrande zuliegt, wie dies HEBRA und LELOIR angeben; manchmal nimmt die Sclera an der Injektion teil. Auf der ersteren finden sich auch zuweilen Leprome und zwar mit Vorliebe am oberen und äufseren Cornealrande. Einmal wurden auch Knötchen an der Conjunctiva des unteren und ein andres mal an der des oberen Lides gefunden (Fall 21). Diese Tuberkel sind wenig vorspringend und neigen mehr zu einer flächenhaften Ausdehnung; ihre Farbe ist gelblich, an Xanthelasma erinnernd. Aufser dem bereits angeführten müssen wir noch der Xerosis der Conjunctiva gedenken, welche in vorgeschrittenen Leprafällen zur Beobachtung kommt.

Sclerotica. Aufser der schon erwähnten, seltenen, konkomitierenden Scleritis wurden bei einigen Kranken auch Pigmentflecke beobachtet. Dieselben sind keine Eigentümlichkeit der Lepra, sondern werden auch sonst nicht selten bei Farbigen getroffen; sie fanden sich auch an der oberen Lidbindehaut, am Sklerocornealrand und an der Caruncula lacrymalis; letztere wurde auch einigemal atrophisch gefunden. In einem Falle wies die Conjunctiva palpebralis superior Flecke von weifslicher Farbe auf.

Augenmuskeln. Strabismus wurde nicht beobachtet, und eine eigentliche Atrophie der Muskeln nur bei den tiefgehendsten Störungen des Gesichts. Dagegen kam eine Funktionsstörung der recti zur Beobachtung, infolge deren der Bulbus fortwährend abwechselnd nach innen und aufsen bewegt wurde; doch erreichten diese Kontraktionen nicht den Grad von Geschwindigkeit, den sie beim eigentlichen Nystagmus zeigen.

Cornea. Die Hornhaut wurde häufig mehr oder weniger infiltriert angetroffen; doch fehlen bei der leprösen Conjunctivitis die Reizungserscheinungen, wie Photophobie und perikorneale Injektion. Den geringsten Grad sieht man nur bei schräger Beleuchtung als ein leichtes Wölkchen, wie wenn die Hornhaut von einem ganz feinen Pulver bestäubt wäre; von hier kom-

men alle Übergänge vor, bis zur allgemeinen intensiven Trübung, wie bei der parenchymatösen Keratitis. In den ausgesprocheneren Fällen sieht man bei schiefer Beleuchtung Unregelmäfsigkeiten der Hornhautoberfläche infolge von Epithelverlusten. Die Infiltrationen finden sich manchmal gruppenweise; ihr Lieblingssitz ist das obere Hornhautdrittel, soweit es von dem Augenlide gewöhnlich bedeckt wird. Nach histologischen Untersuchungen von Leloir entstehen sie durch Einwanderung von Bacillen in die Saftkanälchen des Hornhautparenchyms. Aufser dem symmetrischen Sitze am oberen Cornealdrittel beider Augen (Fall 2, 40, 41 u. a.), wurde ein solcher auch im unteren und äufseren Drittel beider Hornhäute konstatiert (Fall 28). Bei einem der Patienten wurden beide Augen durch grofse Leprome zerstört, welche, von der Hornhaut ausgehend, auf die Iris übergriffen und schliefslich ulcerierten und so die Phthisis bulbi herbeiführten — die gewöhnlichste Ursache der Erblindung bei der Lepra. Bei einem andren griff ein grofses vaskularisiertes Leprom von der äufseren Seite der Conjunctiva bulbi auf die Hornhaut über, indem es sich über die Hornhautmitte erstreckte und die dreieckige Form eines grofsen Pterygiums darbot. Dasselbe zeigte in der Mitte eine kleine Ulceration. Den pannus corneae haben wir bei unsern Patienten selten gesehen; dagegen zeigte sich auch bei jüngeren Individuen Gerontoxon, bald vollständig, bald auf die obere oder untere Cornealhälfte beschränkt.

Iris. Die Regenbogenhaut bietet vielfache und merkwürdige Veränderungen dar. In einem Falle hatte sie in toto eine bräunliche Färbung mit Verlust der normalen kräftigen Zeichnung (Fall 40), in einem andren zeigte sie einen einzelnen Pigmentfleck (Fall 9), in einem dritten erschien sie mit weifsen Pünktchen bestäubt (Fall 11). Die Pupillen verändern sich beim Lichteinfall oft wenig (Fall 1, 5, 27, 29, 30 u. a.), oder gar nicht (Fall 16); in einem Falle zeigten sie sich äufserst kontrahiert, sowohl beim Blick in die Nähe wie bei dem in die Ferne (Fall 11); andre male waren sie klein und unregelmäfsig. Formveränderung der Pupillen ohne Synechien ist sehr häufig und wird oft weder durch die Atropinmydriasis, noch durch die Lichtreaktion (wo diese vorhanden) modifiziert; gewöhnlich entsteht dadurch ein Oval,

dessen grofse Axe meist senkrecht steht oder nur leicht geneigt ist, seltener horizontal liegt. In einem Falle war die Pupillaröffnung beinahe viereckig; in einem andren Fall (40) zeigten sich Substanzverluste von verschiedener Gröfse. Mehrmals fanden wir alte Iritiden mit hinteren Synechien und Pigmentresten an der Crystalloidea anterior (Fall 1 u. a.); in einigen Fällen war die hintere Synechie total (Fall 2 u. a.). Dagegen fanden wir niemals Hypopyon oder akute Iritis.

Corpus vitreum. Der Glaskörper ist in manchen Fällen vollkommen durchsichtig; in andern finden sich dagegen Trübungen durch Exsudate. Diese sind bald so fein, dafs sie nur mit dem Planspiegel sichtbar sind, bald so ausgesprochen, dafs sie die Untersuchung des Augenhintergrundes erschweren oder unmöglich machen. In einem Falle (24) bildeten sie lange, feine, glänzende, fast durchsichtige Fäden.

Chorioidea. Die Aderhaut zeigte in einigen Fällen einen gewissen Grad von Atrophie, wobei gröfsere Gefäfsstämmchen sichtbar wurden. In einem Falle (36) fand sich ein kleines Staphyloma posticum, in andern (z. B. 24) fanden sich aufserdem zwei Residuen von Chorioiditis.

Retina. Es fanden sich Andeutungen von Netzhautentzündung in den schon beschriebenen feinen Glaskörperexsudaten und in zirkumpapillärer Trübung, aufserdem einmal zwei Exsudatflecke; dagegen kam weder Blutung noch Ablösung zur Beobachtung.

Nervus opticus. In mehreren Fällen fand sich eine leichte Formveränderung der Papille, welche sich nicht durch Astygmatismus erklären liefs; meistens erschien der vertikale oder ein leicht geneigter Durchmesser länger, so dafs eine ovale Form entstand; in einem Falle schien sie eine kleine Verlängerung nach oben zu haben. Mehrmals zeigte die Papille turgeszierende Venen, Rötung und leichte Schwellung (Neuritis); häufig erschien die temporale Hälfte der Papille entfärbt; in andern Fällen zeigte sie sich in toto blafs mit verengerten Gefäfsen. Letztere boten zuweilen Schlängelungen, wie diejenigen an der Conjunctiva, nur noch auffallender. Endlich fanden sich in einem Falle zwei weifse Flecke im Niveau der Sehnervenscheide.

Anmerkung. Die Augenspiegeluntersuchung wurde in der Regel ohne künstliche Mydriasis vorgenommen; nur in wenigen Fällen wurde Atropin angewandt.

Veränderungen an den Gehörsorganen.

Die Ohrmuschel ist meistens aufserordentlich vergröfsert, besonders das Läppchen, welches schlaff herabhängt. Häufig ist sie mit Knoten bedeckt, die zuweilen ulceriert sind. Es finden sich auch Verstümmelung einzelner Partien, namentlich des Läppchens.

Der Gehörgang bot keine der Lepra eigentümliche Veränderungen.

Das Trommelfell erscheint in manchen Fällen verdickt, matt weifslich, und bewegt sich beim VALSALVAschen Versuche nicht; in einzelnen Fällen sieht es wie eine fibröse Platte aus. Es finden sich auch Adhäsionen mit der Wand der Paukenhöhle oder den Gehörknöchelchen. Nicht selten ist es mehr oder weniger eingezogen, wodurch Veränderungen des Lichtkegels, der Stellung des Hammergriffes etc. entstehen. Einmal fanden sich am Hammergriffe Injektionen, ein andermal verlief an dessen hinterer Seite eine weifse Linie nach der Insertion des Trommelfelles zu; wiederholt fanden sich an seinem unteren Ende Verkalkungen. Der Lichtkegel erscheint bald vergröfsert, bald verkleinert; bald ist er in vertikaler Richtung verlängert oder erscheint als horizontale Linie parallel dem unteren Trommelfellrande; in noch andern Fällen ist er gespalten, punktförmig oder fehlt vollkommen. Einmal fand sich Perforation des Trommelfells durch eiterige Mittelohrentzündung.

Veränderungen an den Geruchsorganen.

Die äufsere Haut der Nase ist, wie das Gesicht im allgemeinen, häufig der Sitz von Knoten, die, nach Zahl und Gröfse verschieden, besonders an den Nasenflügeln in die Augen fallen. Die Haut der letzteren, sowie der unteren Fläche des Nasenrückens zeigt oft Gefäfsinjektionen, wie wir sie auch an der Lidhaut in der Nähe der Cilien fanden. Die äufsere Nase zeigt in vielen Fällen die im Falle 5 beschriebene charakteristische Form.[3] Dabei

[3] Dieselbe ist von der luetischen Sattelnase nicht wesentlich unterschieden (Anmerk. des Übersetzers.)

sind oft die Nasenlöcher abgeflacht und lassen der Luft keinen freien Zutritt, besonders bei den Farbigen, die schon normalerweise eine abgeflachte Nase haben, was bei den Leprösen in übertriebener Weise hervortritt. Die Schleimhaut der Nasenhöhle erscheint in vielen Fällen ganz weifs, ähnlich, wie wir dies schon bei der Conjunctiva gesehen haben, andre male ist sie normal; am häufigsten erscheint sie gerötet mit schleimiger oder eiteriger Absonderung (Rhinitis). Der Eiter findet sich oft zu Krusten eingetrocknet auf den ulcerierten Knoten; in andern Fällen sind diese von eingetrocknetem Blute bedeckt. Die Mucosa selbst ist bald atrophisch, bald hypertrophisch, bald glatt, bald mit zahlreichen Knoten bedeckt. In manchen Fällen findet sich nur ein Knoten, aber von einer Gröfse, dafs er die betreffende Nasenhöhle beinahe oder ganz verlegt; dabei kann er, namentlich wenn er am Septum selbst sitzt, dieses nach der andren Seite drängen und so auch die andre Nasenhöhle verengern. Das Lumen der Nasenhöhle kann auch durch Adhäsionen der Schleimhaut verringert oder aufgehoben werden; dieselben entstehen bei der Vernarbnng ulcerierter Tuberkel. Dadurch kann das Septum ebenfalls, jedoch nach der kranken Seite zu, verschoben werden. Die Nasenhöhlen schrumpfen in dieser Weise auf Kanäle von Gänsekieldicke (6 Fälle) oder enge vertikale Spalten (2 Fälle) zusammen; in einem Falle konnte nur noch eine dünne Sonde eingeführt werden. In andern Fällen verschwindet das Lumen ganz und der Patient mufs dann ausschliefslich durch den Mund atmen.

Perforation des Septums fand sich in 6 Fällen (12,5%) und ist also häufig; sie ist oft sehr bedeutend.

Zur Verlegung der Nasenhöhlen trägt auch die Erhöhung des Bodens derselben bei, da das Gaumengewölbe im allgemeinen bei den Leprösen höher liegt, als im Normalzustande. In einem Falle fand sich auf der Höhe des Gaumengewölbes eine Perforation, durch welche Schleim und Eiter abflossen; zugleich bestand eine weite Kommunikation der Nasenhöhlen durch Substanzverlust des Septums (Fall 6). Endlich fand sich bei vielen Patienten Mutilation des Gaumensegels, der Uvula und der Tonsillen.

Referate.

C. Wurster. **Verhalten des salpetrigsauren Natrons zum Hühnereiweifs und zum Farbstoff des Blutes.** (*Ber. d. Deutschen chem. Ges.* Jahrg. XX. Heft 6. 1887. Nr. 221. pag. 1033.)

Es ist Wurster gelungen, zur Vervollständigung seiner Studien über die Hautverhältnisse nachzuweisen, dafs salpetrigsaure Salze in neutraler und alkalischer Lösung auf Hühnereiweifs nicht einwirken, dafs hingegen durch Ansäuern einer Lösung von Eiweifs und Natriumnitrit mit Milchsäure eine Gelbfärbung und eine Gerinnung eintritt; das so entstandene gelbe Eiweifskoagulat geht beim Stehen an der Luft in einen roten Eiweifsstreifen über, welcher aufserordentlich stark an das rote Haar erinnert. Es wurde nun von demselben Autor schon früher gezeigt, dafs frisches Blut oder der geronnene Blutkuchen Wasserstoffsuperoxyd nicht zersetzt, wenn das Blut vorher mit Milchsäure oder Essigsäure angesäuert wird, wobei der Blutfarbstoff in einen braunschwarzen Körper übergeht, welcher beim Entfärben durch Wasserstoffsuperoxyd alle Schattierungen von weifs durch blond, gelbblond, aschbraun und braunschwarz durchmacht; ein rote Farbe tritt hierbei nicht auf.

Ebenso wie also das menschliche und tierische Haar durch Wasserstoffhyperoxyd gebleicht wird, in gleicher Weise entfärbt dies Reagens den Blutfarbstoff. Und ebenso wie Mc Munn aus dem Hämatin vermittelst Wasserstoffhyperoxyd das Urobilin dargestellt und Jaffé aus der Galle einen mit diesem identischen Farbstoft erhielt, scheint die Bildung von Farbstoffen der Galle und des Urins aus dem Blutfarbstoff und den Haaren, vorausgesetzt dafs Wasserstoffhyperoxyd in der Haut vorhanden ist, schon erklärlich.

Durch Einwirkung von Natriumnitrit auf Blut in schwach saurer Lösung entsteht ein tiefschwarzer Niederschlag, der durch Wasserstoffhyperoxyd langsam gebleicht wird, wobei zuerst ein Braun, dann ein Rotgelb entsteht.

Die physiologischen Beobachtungen Wursters haben nun ergeben, dafs männliche blonde oder braune Individuen das Tetrapapier (cf. mein Ref. in diesen Heften N. 9. 1887) am leichtesten bläuen, während schwarze und rötliche Individuen, sowie blonde weibliche Wesen das Tetrapapier meistens sofort durch weitergehende Oxydation entfärben, dagegen das Dipapier färben, welches blonde männliche Individuen nur im Schweifszustande röten. Während nun die erste Reaktion, die Bläuung des Tetrapapiers, auf neutrales Wasserstoffhyperoxyd bezogen werden mufs, erfolgt die Entfärbung dieses Papiers durch salpetrige Säure.

Wurster neigt zwar jetzt schon zu der Ansicht, dafs das Blond, Schwarzbraun und das Weifs der Haare die Analoga zu den Schattierungen darstellen, welche bei der Einwirkung des Wasserstoffhyperoxyds auf den Blutfarbstoff, und ebenso das Schwarz und Rot bei der Einwirkung der salpetrigen Säure auf Blutfarbstoff und Eiweifs, entstehen, möchte aber hauptsächlich

durch diese Mitteilung weitere Kreise dazu anregen, den Gesetzen der Haarfärbung nachzuforschen.

In dem Verhalten des Eiweifses gegen naszierende salpetrige Säure glaubt Wurster eine Beziehung zu der in der Sonne stattfindenden Pigmentbildung in der Haut gefunden zu haben. Durch die Einwirkung von salpetriger Säure, langsam in Freiheit gesetzt durch die Verflüchtigung des Ammoniaks aus dem milchsauren oder essigsauren Ammoniak, entstehen nämlich aus dem Eiweifs gelbe und orangegelbe Körper bei 37—40°, rotbraun gefärbte Massen bei 40—60°, schwarzbraun gefärbte Massen über 60° C.

Berlin. Joseph.

An Abstract of Lectures on Lepra, by J. L. Bidenkap. London. Williams & Norgate. 1886. 71 S. in 8°.

Der Zweck dieser Arbeit besteht offenbar darin, einen kurzen und doch eingehenden Überblick der Lepra zu geben, und demgemäfs mufs sie auch die bereits bekannten Thatsachen wiederbringen. Indessen ist nicht nur die ganze Darstellung offenbar aus eigner Anschauung und Erfahrungen an einem reichen Materiale hervorgegangen, sondern es findet sich im Texte eingestreut auch des weniger Bekannten und Neuen genug, so dafs das Buch dem Kundigen kaum weniger Interesse bieten dürfte, als dem Neuling auf diesem Gebiete. So hat auch Ref. mit Vergnügen gesehen, dafs seine unabhängig und unter einem ganz verschiedenen Himmelskreise gesammelten Beobachtungen mit denjenigen von B. in den meisten wesentlichen Punkten eine weitgehende Übereinstimmung zeigen. Aus dem reichen Inhalte geben wir nur dasjenige wieder, was ein besonderes Interesse zu bieten scheint.

In der Einleitung bespricht der Autor zuerst den Gebrauch des Wortes Lepra und synonymer Ausdrücke bei den alten Völkern, woraus hervorzuheben wäre, dafs nach B. schon die alten Griechen unter Lepra dasselbe Leiden verstanden, wie wir heute, weshalb der Zusatz „Arabum" nicht gerechtfertigt erscheint; daneben findet sich freilich noch die Bezeichnung Leuke (*Λεύκη*), während die andern Namen neueren Ursprungs sind.

Aus dem Kapitel „Geschichte" sei erwähnt, dafs Lepra in Indien und Palästina, wahrscheinlich auch in Ägypten, China und andern asiatischen Staaten, schon vor 2 bis 3 Jahrtausenden geherrscht hat, vor ca. 2000 Jahren in Griechenland bekannt wurde, dagegen in Italien erst im ersten Jahrhundert unsrer Zeitrechnung öfters vorkam und zwar nicht selten von Ägypten und Kleinasien eingeschleppt. Seit der Zeit erschien sie auch in Mittel- und Nordeuropa unter der einheimischen Bevölkerung und wird im 7ten Jahrhundert oft erwähnt; in Skandinavien, England und Irland hat sie sicher schon in sehr frühen Zeiten geherrscht. Ihre Frequenz nahm aber während der Kreuzzüge gröfsere Dimensionen an; überhaupt

spielte sie im Mittelalter die bedeutendste Rolle und gab Anlafs zu zahlreichen gesetzlichen Bestimmungen und zur Gründung unzähliger Leproserien. Später beschränkte sich ihre Verbreitung auf die bekannten, noch jetzt vorhandenen Prädilektionsstellen.

Aus dem nächsten Abschnitte: Beschreibung und Varietäten, führe ich an, dafs Verf. nur eine tuberöse und nervöse Form anerkennt; die Existenz einer schuppigen und fleckigen Abart bestreitet er; beide Symptome fänden sich allgemein bei beiden Formen. (Ref. ist der Ansicht, dafs die Unterscheidung einer makulösen Lepra ihre Berechtigung hat; dieselbe kann Jahre lang für sich allein bestehen und stellt eine wohl charakterisierte Form dar, die der Nervenlepra allerdings nahe, der knotigen Form aber sehr ferne steht.) Das Vorkommen eines Primäraffektes an der Eingangspforte des Virus wird im allgemeinen verneint, für einzelne Fälle als möglich hingestellt.

In Beziehung auf Inkubation und Prodromalzeit teilt Verf. die allgemeine Ansicht, dafs dieselben sehr lange dauern können, hält aber auch einen sehr raschen Verlauf für möglich. So traten in einem seiner Fälle schon wenige Wochen nach einer Übersiedelung aus einer immunen nach einer infizierten Gegend deutliche Symptome auf. Dafs manche der sogen. Prodrome richtiger der erklärten Krankheit zuzuzählen seien, läfst B. deutlich durchblicken. (Gewifs ist jede Anästhesie schon ein zweifelloses Krankheitssymptom; nach meiner Ansicht sind aber auch Hyperästhesie und lanzinierende Schmerzen, ebenso wie vorübergehende Erythema nodosum-Ausbrüche, Flecke etc. bei der tuberösen Form nicht mehr den Prodromen zuzuzählen, nur allgemeines Übelbefinden, Schwächegefühl, Verstimmung und allenfalls Fieber dürften dahin gerechnet werden. Ref.)

Die Nervenlepra kann mit oder ohne Flecke beginnen, und zwar treten erstere allmählich und ohne Temperatursteigerung, oder rasch und mit Fieber auf und zeigen schon beim ersten Erscheinen eine, wenn auch nur sehr geringe Herabsetzung der Sensibilität; später wird dieselbe deutlicher. Die rote Färbung verschwindet zuerst im Zentrum, welches schliefslich pigmentlos wird, während die Ränder eine auffallende bräunliche Färbung zeigen können. Doch pflegen die ersten Flecke zu verschwinden, wobei die Ränder am längsten erhalten bleiben und die Grenzen noch nachträglich durch Reiben der Haut oder plötzlichen Temperaturwechsel sichtbar gemacht werden können. Nach einiger Zeit erscheinen die Flecke an denselben Stellen wieder, allein vergröfsert und durch neue vermehrt. Im Laufe der Jahre wiederholt sich dies einigemal, bis schliefslich grofse Hautflächen von Rücken, Extremitäten und Gesicht die geschilderten Veränderungen darbieten. (Auch die Vorderseite des Stammes kann grofse Flecke zeigen. Ref.) Manchmal werden die Flecke mehr infiltriert, hervortretend und schuppend, so dafs man sie mit Psoriasisflecken verwechseln könnte. Die Empfindlichkeit der Haut scheint besonders bei älteren Flecken im Zentrum stärker reduziert zu sein, als am Rande. Doch kann Abnahme der Sensi-

bilität auch an Hautstellen vorkommen, wo keine deutliche Veränderung wahrgenommen wird. Gewöhnlich sind es einzelne, oft sehr beschränkte Regionen an Händen, Füßen, Vorderarmen oder Unterschenkeln, besonders solche, welche von Hautästen des N. ulnaris oder peronaeus versehen werden, welche dieses Symptom zuerst zeigen. Hyperästhesie und lanzinierende Schmerzen gehen oft voraus, während das Allgemeinbefinden ungestört sein kann; die Anästhesie breitet sich langsam und fast unmerklich immer weiter aus. Am Stamm und im Gesicht wird dieselbe nicht oft beobachtet, außer wo Flecke vorhanden sind oder waren. (Alle diese Angaben zeigen mit den Erfahrungen des Ref. die vollste Übereinstimmung.)

Zur Anästhesie gesellt sich bald Blasenbildung (Pemphigus leprosus), die von Hasel- zu Wallnuß-, später selbst Flachhandgröße zeigt. Verf. ist geneigt, den Ausbruch derselben zum Teil auf Temperatureinflüsse, Druck etc. zurückzuführen, welche indessen bei Leprösen viel geringer zu sein brauchen. Während die Blasen nach B. anfangs nur einzeln, oft in langen Zwischenräumen entstehen, können sie später unter heftigen Allgemeinerscheinungen in größerer Anzahl aufschießen. Ihr Sitz ist meist an den Extremitäten, und sie hinterlassen anästhetische Narben oder Geschwüre, die besonders an den Fußsohlen den Charakter des Mal perforant annehmen. Nur selten werden diese Blasen auf den Flecken gefunden.

Auf diese Symptome folgt Atrophie der Muskeln, gewöhnlich zuerst am Thenar und Hypothenar, dann an der übrigen Hand, am Vorderarm und endlich z. Tl. am Oberarm. Es bilden sich Kontrakturen, welche zur Bildung einer Krallenhand (Main-en-griffe) führen. Analoge Veränderungen, jedoch gewöhnlich weniger ausgesprochen, finden sich an der untern Extremität.

Motorische Paralysen erscheinen seltener und später und treten bei bereits bestehender Atrophie der Muskeln weniger hervor; nur der N. facialis wird in einem gewissen Stadium fast regelmäßig befallen. Die Lähmung zeigt sich meist erst an den Orbiculares und führt zu Ektropion des untern Lides mit Epiphora und zuweilen mit Xerosis conjunctivae. —

An den Nerven selbst läßt sich oft später Schwellung und Verdickung palpatorisch nachweisen.

Die Knochen leiden in zweierlei Weise, entweder durch direkte Fortsetzung der Pemphigusgeschwüre oder durch phlegmonöse Prozesse mit Sequesterbildung. Letztere findet sich besonders an Phalangen, Hand- und Fußwurzelknochen. Außerdem beobachtet man Atrophie der Knochen, ebenso des Bindegewebes und der Haut, wodurch es an letzterer zur Rhagadenbildung kommen kann. Es fällt dabei auf, wie lange die Patienten trotz Verkrüppelung und teilweiser Gefühllosigkeit noch Handarbeiten betreiben können.

Zuweilen tritt bei den Patienten Amyloid der innern Organe, namentlich der Nieren auf, auch gehen sie manchmal an Eruptivfieber oder interkurrierenden Krankheiten zu Grunde; im allgemeinen können sie aber lange —

im Mittel wird 18 bis 19 Jahre angegeben — ihr Leben fristen. Übrigens ist der Zeitpunkt der ersten Symptome schwer festzustellen und der Verlauf sehr von Pflege und Lebensbedingungen abhängig.

In manchen Fällen findet ein Stillstand, selbst ein Nachlafs der Erscheinungen statt. Die Flecke verschwinden nach längerer Dauer fast ausnahmslos, ohne Erscheinungen zu hinterlassen. (Nach meinen Erfahrungen möchte ich dies nicht unterschreiben. Ref.) Auch die Sensibilität kann zurückkehren, der Pemphigus ausbleiben, und das Allgemeinbefinden bedeutend besser werden, so dafs man von Heilung sprechen kann, die je nach dem früheren oder späteren Zeitpunkte mit mehr oder weniger grofsen Defekten erfolgt. Manchmal entwickelt sich neben oder an Stelle der Nervenlepra die tuberöse Form, was für den Verlauf verhängnisvoll ist, während der Übergang der tuberösen in die nervöse Form als günstiges Ereignis angesehen werden kann.

Im Kapitel Lepra tuberosa unterscheidet B. ebenfalls eine rasche, fieberhafte und eine allmähliche, langsame Entwickelung. Auch hier können zuerst Flecke auftreten, die aber weniger deutlich und scharf umschrieben, livid oder nach langer Dauer bräunlich sind und später von Knoten und Infiltraten gefolgt werden; ihr Sitz ist meist an den Wangen und über den Augenbrauen. Daneben können an andern Stellen pigmentlose Flecke auftreten. Einzelne Hautstellen — besonders die Superciliarregion — verdicken sich dann; die Haut wird glänzend, gespannt, bräunlich und fühlt sich oft etwas fettig an, während die Sclera eine eigentümliche schmutzige Färbung zeigt und Konjunktival-, wie Scleralgefäfse stärker injiziert sind. Auch an Hand- und Fufsrücken und -gelenken findet sich oft Hautverdickung mit Pigmentvermehrung. Die affizierten Stellen werden nach und nach bleibend kahl, während die Sensibilität wenig gestört wird. Allmählich wird fast das ganze Gesicht, einschliefslich der Ohren, in dieser Weise ergriffen, ebenso die Extremitäten, seltener Teile des Stammes; der behaarte Kopf wird nie befallen, während der Haarwuchs der Axillen und Pubes nicht immer verschont bleibt.

Beim raschen, fieberhaften Verlaufe treten bläuliche oder rotgefärbte, nicht scharf begrenzte Flecke auf, welche besonders an den Extremitäten an Erythema nodosum oder Pseudoerysipelas phlegmonosum erinnern; sie können verschwinden oder sich zu Infiltraten und Knoten umgestalten. Bei kachektischen Patienten bilden sich an ihrer Stelle nicht selten kleine Abscesse. Ähnliche Ausbrüche erfolgen nach einiger Zeit auch an den Schleimhäuten. Auch im Bindegewebe an den Muskelscheiden und längs der Blutgefäfse kann man nicht selten Knoten fühlen.

Das spätere Schicksal der Knoten besteht darin, einer, der Schnelligkeit der Eruption einigermafsen proportional stattfindenden, Resorption zu verfallen, wobei durch Verlust der Epidermis Ulceration eintreten kann.

Die eruptiven Fieberanfälle zeigen nach Dauer und Frequenz Verschiedenheiten und haben manchmal remittierenden oder intermittierenden

Charakter. Im Verlaufe der Krankheit treten Nierenamyloid und andre Komplikationen — teils spezifischer, teils nicht spezifischer Natur — auf, welche im Verein mit dem Fieber die zunehmende Kachexie der seit längerer Zeit Erkrankten erklären. Unter den Komplikationen der knotigen Form ist Tuberkulose nicht selten. (Ein einschlägiger Fall wird ausführlich mitgeteilt.)

Das eruptive Fieber kann selbst zur Todesursache werden. Nur in sehr seltenen Fällen tritt nach längerem Bestehen ein Stillstand und Heilung mit Defekt ein; auch ein Übergang in die nervöse Form kommt vor. Die mittlere Dauer wird auf acht bis neun Jahre angegeben; doch wird auch ein weit langsamerer Verlauf beobachtet.

Der nächste Abschnitt: Spezielle Symptome, ist hauptsächlich den Nervenerscheinungen der anästhetischen Form gewidmet und enthält die eingehende Beschreibung eines Falls. Darauf folgt ein Abschnitt über die leprösen Knoten und Infiltrate; aus letzterem entnehme ich die Angabe, dafs eine Steigerung des Geschlechtstriebes zuweilen in den ersten Stadien der tuberösen Form vorkommt, während dies bei Nervenlepra nicht der Fall ist. Bei beiden Formen kann die Zeugungsfähigkeit beider Geschlechter lange Zeit erhalten bleiben, doch tritt in den vorgerückten Stadien der Knotenlepra ein vorzeitiges Erlöschen der Geschlechtsfunktion ein, welches beim männlichen Geschlecht durch die, meist geringe, lepröse Affektion der Testikel nicht genügend erklärt wird.

Aus dem nächsten Kapitel: Über lepröse Augenaffektionen, führe ich an, dafs die häufigste Erkrankung des Auges bei der tuberösen Form die vom Rande (namentlich vom obern) zentralwärts schreitende grauweifsliche Hornhauttrübung ist, welche Gefäfse nach sich zieht; seltener entstehen richtige Knoten, meist vom Rande übergreifend und nur in einzelnen Fällen auf der Hornhaut selbst entspringend. Auch Iritis wird nicht selten beobachtet. Aufserdem kommt es durch die Knoten zum Verlust der Brauen und Cilien und nicht selten zu narbigem Ektropion.

Die Augenaffektionen der Lepra nervorum (Ektropion, Epiphora, Xerosis, Keratitis) sind Folgen der Störungen im Gebiete des Facialis, vielleicht manchmal auch des Trigeminus; sie sind nicht so häufig wie diejenigen der tuberösen Form, bei welcher die grofse Mehrzahl der Patienten Erkrankungen des Auges zeigte.

Der folgende Abschnitt: Verhältnisse zu andern Krankheiten enthält unter andrem die Angabe, dafs Lepra und Syphilis bei demselben Individuum gleichzeitig vorkommen können, übrigens als verschiedene, durchaus nicht in gegenseitiger Beziehung stehende, Krankheiten anzusehen sind.

Im Kapitel: Anatomie, bezeichnet B. als jetzt herrschende Ansicht, dafs die Granulationszellen aus weifsen Blutkörperchen hervorgegangen seien. Monastirsky und andre hätten gezeigt, dafs die Zellen hauptsächlich längs der Blutgefäfse liegen, deren Endothelialzellen an dem Prozesse teilnehmen. (Ref. möchte daraus nur den Schlufs ziehen, dafs die Entzündungserreger

sich von den Gefäfsen aus verbreiten, nicht aber die Zellen als ausgewanderte Leukoscyten ansehen.) Die Granulationszellen sollen sich von denen bei Syphilis und Lupus durch geringere Neigung zum Zerfall auszeichnen. (Der Unterschied dürfte wohl eher in den Krankheitserregern zu suchen sein. Ref.) Aufser den Rundzellen findet Verf. noch längliche und spindelförmige, die er als ein späteres Entwickelungstadium der ersteren anspricht. Das letzte Stadium repräsentieren grofse, teilweise entartete, gelbliche Zellen (? Ref.).

Zwischen den Zügen von Granulationszellen findet man Reste des ursprünglichen Gewebes, manchmal ist nur wenig mehr davon vorhanden, aber das Leprom zeigt doch weder eine scharfe Grenze, noch eine Kapselbildung. Die Zahl der Blutgefäfse scheint nicht verringert, was nach Monastirsky der Grund ist, warum ein Leprom weniger Neigung zur Entartung zeigt, als ein Gumma. In älteren Knoten findet man oft beginnende Fettdegeneration, ja die Zellen können ganz verschwinden, ebenso die Blutgefäfse, und nur Detritus übrig bleiben.

Der Haarboden bleibt von Knoten frei, auf den Handtellern sind Lokalisationen nicht häufig, sonst können sie übervoll gefunden werden. Die sichtbaren Schleimhäute der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle, sowie des Auges und des Kehlkopfes zeigen häufig lepröse Lokalisationen; nach Danielssen und Boek werden sie auch in Trachea und Bronchien gefunden, doch wäre eine Bestätigung dieser Angabe erwünscht. Noch unsicherer und bis jetzt wohl kaum nachgewiesen ist eine Lokalisation in den Lungen.

Von innern Organen ist eine spezifische Erkrankung der Milz und Leber sicher, der Nieren und des Darmkanals wahrscheinlich, doch kommen hier auch amyloide Degenerationen vor, welche Albuminurie und Diarrhöen erklären können.

Die Lokalisation in Lymphdrüsen und Hoden ist schon lange bekannt. Von den Affektionen des Nervensystems sei nur erwähnt, dafs B. mit Rücksicht auf die Angaben verschiedener Autoren die Existenz spezifischer Veränderungen im Rückenmark nicht in Abrede stellen will, dafs aber im allgemeinen die Nervenlepra als peripherisches Leiden, als eine spezifische Perineuritis aufzufassen ist.

Die Flecke zeigen im Anfang nur Hyperämie; ob sie später spezifische Granulationszellen enthalten, läfst B. dahingestellt. Der Haarwuchs ist über denselben auch nach langer Dauer erhalten.

Als direkte Folgen des Nervenleidens sind Blasenbildung und Knochenaffektionen anzusehen. Letztere ist entweder Folge der erstern oder eine für Lepra charakteristische, ohne äufsere Ursache (? Ref.) entstehende Periostitis mit nachfolgender Nekrose.

Das Kapitel über die Mikroorganismen der Lepra enthält für den Leser der *Monatshefte* nichts Neues. B. führt zwar die Arbeit Unnas an, sieht aber in den Zoogloeamassen doch noch mit Bacillen vollgepropfte glänzende (shining) Zellen, identisch mit den braunen Schollen (brown bodies), die

mancherorts in der Mitte einen hellen Fleck zeigen, wo ein Nucleus deutlich (? Ref.) erscheinen kann.

Die Altersperiode, in welcher die ersten Symptome auftreten, liegt gewöhnlich nach den ersten 10 Jahren. Boek und Danielssen geben an, Knoten bei Kindern im ersten Jahre gesehen zu haben und glauben, dafs Krankheitserscheinungen schon bei der Geburt vorhanden sein können. Nach B. ist dies jedenfalls eine Ausnahme. Er hat nur zweimal bei 2—3jährigen, von leprösen Eltern abstammenden Kindern deutliche Symptome gesehen, und hält das Auftreten von solchen in den ersten 5 Jahren für entschieden selten. Unter ungefähr 2000 norwegischen Leprösen beider Formen waren nur wenig mehr als ein Prozent unter 10 Jahren alt, dagegen zwei Drittel zwischen 20 und 50.

Bei grofsen Zahlen findet sich eine etwas stärkere Beteiligung der Männer, doch ist der Unterschied in der Frequenz bei beiden Geschlechtern in Norwegen nicht grofs.

Von den Formen sind nach B. die tuberösen und gemischten am häufigsten. In Norwegen beträgt das Verhältnis der rein nervösen Form weniger als ein Drittel, und zwar ist sie häufiger in späteren als in frühen Stadien. B. glaubt, dafs die ersterwähnten Frequenzverhältnisse auch für andre Gegenden gelten dürften. (Ref. mufs dies im Einverständnis mit Hirsch und andern Autoren bestreiten und findet die reine Nervenlepra in Brasilien gerade als Frühform am häufigsten.)

Die geographische Verbreitung übergehen wir und führen nur an, dafs nach B. Lepra kaum in gröfsern Städten auftritt, auch wenn sie in der Nachbarschaft häufig ist. (Auch dies hat für Brasilien keine Geltung. Ref.)

In Norwegen herrscht die Lepra gegenwärtig fast ausschliefslich unter den ärmsten Klassen. Für andre Zeiten und Gegenden hat dies weniger Geltung. Ein Unterschied der Beteiligung, der sich nur auf Rassenunterschiede gründete, ist nicht nachweislich.

Im nächsten Kapitel: Ätiologie, bespricht B. die beiden Faktoren, welche heutzutage allein als wichtig angesehen werden, ohne sich übrigens gegenseitig auszuschliefsen, nämlich Heredität und Infektion. Im Hinblick auf einen Fall, wo eine aus infizierter Familie und Gegend (in Norwegen) stammende Person erst 27 Jahre nach Verlassen derselben und Einwanderung in eine immune Gegend Nordamerikas die ersten Symptome von Lepra zeigte, scheint es B. wahrscheinlich, dafs eine Vererbung möglich sei, bei welcher die ersten Erscheinungen erst lange nach der Geburt, in seltenen Fällen erst beim Erwachsenen, auftreten. Eine so lange Inkubation nach einer Infektion sei kaum anzunehmen. (Ref. kann das Zwingende dieses Schlusses nicht einsehen; findet etwa bei der Vererbung keine Infektion statt und werden nicht auch vieljährige Inkubationen berichtet, wo Heredität ganz auszuschliefsen ist? Geben aber solche seltenen Fälle überhaupt die Garantie, dafs niemals früher lepröse Symptome bestanden haben oder eine neuere Gelegenheit zur Acquisition stattfand?) Auch eine intrauterine In-

fektion läfst sich in einigen Fällen annehmen; doch kann sie nur selten sein, wenn man nicht auch hier eine lange Inkubation statuieren will.

Im allgemeinen ist B., im Gegensatze zu Danielssen und Boek, der Meinung, dafs die Heredität nur eine geringe Zahl der Fälle erklären könne und man daher meistens auf eine Infektion rekurrieren müsse. (Die von ihm mitgeteilten Stammbäume von Familien mit mehreren leprösen Mitgliedern beweisen [nach B.s eigner Meinung] die Heredität nicht, obgleich sie in diesem Sinne verwertet werden könnten.) Dagegen ist es bei fortgesetzter aufmerksamer Beobachtung schwer, die Ausbreitung der Krankheit durch direkte Übertragung von Person zu Person zu erklären. Auch B. kennt zahlreiche Beispiele, sowohl von Knoten- als von Nervenlepra, wo trotz jahrelangem intimen Verkehr zwischen Gatten und Mitgliedern derselben Familie keine Übertragung stattgefunden hat, so dafs die mancherorts herrschende übermäfsige Furcht vor Ansteckung nicht begründet erscheint. (Die Bedeutung klimatischer Einflüsse wird durch das gleichmäfsige endemische Vorkommen unter den verschiedensten Himmelsstrichen entkräftet.) Will man nicht zu der unwahrscheinlichen Hypothese einer speziellen Disposition ganz vereinzelter Individuen Zuflucht nehmen, so mufs man die Übertragungsweise als eine noch ungelöste Frage ansehen. Vielleicht müssen die Keime der Krankheit aufserhalb des menschlichen Körpers noch ein besonderes Reifungsstadium durchmachen, bevor sie zur Infektion geeignet sind. (Ref. mufs sich auf Grund eigner Beobachtungen den im letzten Abschnitte entwickelten Ansichten vollkommen anschliefsen.)

Im Kapitel Differentialdiagnose erwähnt B. als Krankheiten, welche mit Lepra verwechselt werden könnten: Erythema multiforme, Psoriasis, Pemphigus vulgaris, saturnine Paralysen und Kontrakturen, Lokalaffektionen des Hirns und Rückenmarks, Arthritis deformans. Die hauptsächlichsten Unterscheidungsmerkmale sind in den früheren Kapiteln enthalten oder gehen aus der Kenntnis der erwähnten Prozesse hervor, so dafs wir diesen Abschnitt übergehen können.

Die Prognose hält B. im allgemeinen für ungünstig; die Mehrzahl der Fälle nehmen früher oder später einen tödlichen Ausgang. Doch kommt in allen Stadien, wiewohl selten, ein bleibender Stillstand oder selbst ein teilweiser Rückgang der Symptome vor. Die Nervenlepra verhält sich günstiger wie die knotige Form.

In Beziehung auf die Prophylaxe bemerkt R., dafs die Isolierung der Kranken schon lange, z. B. in Europa im Mittelalter, versucht wurde, und dafs dieselbe zum raschen Rückgange der Krankheit im 15. und 16. Jahrhundert wohl mit beigetragen hat.

In Norwegen ist eine vollkommene Absperrung der Leprösen niemals durchgeführt worden, obgleich seit Jahren Asyle und Spitäler existieren. Trotzdem ist von 1856 bis zur letzten Zählung die Zahl der Kranken von über 2500 auf ca. 1600 gesunken, von denen etwa zwei drittel sich in öffentlichen Anstalten befinden. Auf den Faröerinseln ist die Lepra ver-

schwunden, und auf Island hat sie bedeutend abgenommen, ohne dafs die Isolierung der Kranken je versucht wurde. Besserung der sozialen Verhältnisse scheint eine Abnahme der Krankheit herbeizuführen, ohne dafs der dabei mafsgebende Faktor deutlich zu erkennen wäre.

Bei der Behandlung haben sich folgende Mittel nutzlos gezeigt: Merkur, Jod, Brom, Antimon und Arsenikpräparate, ferner Sarsaparilla, Hydrokotyle asiatica, Asclepias gigantea, Gymnocardia odorata (Chaulmoograöl), Huva brasiliensis, Calabar, Secale cornutum, Digitalis, Kreosot, Karbolsäure. Von Salicylsäure hat B. im Gegensatze zu andern mehr Schaden als Nutzen gesehen. Auch Gurjunöl und Hoang-Han versagten ganz. Von Ammonium sulfoichthyolicum in der Dose von 0,4 bis 1,0 täglich hat er in einem Falle scheinbar günstige, in andern keine Wirkung gesehen.

B. beschränkt sich daher auf eine rationelle symptomatische Behandlung, die in manchen Fällen erfolgreich ist. Besserung der Lebensverhältnisse, warme Bäder, bei geschwächten Kranken Eisen und Chinin, während der eruptiven Periode antipyretische Behandlung, besonders hohe Chinindosen, erschienen ihm zweckmäfsig, kalte Bäder dagegen oft schädlich. Die günstigen Effekte eines besseren Klimas mögen zugegeben werden, aber der Nutzen der Übersiedelung nach einer leprafreien Gegend ist entschieden übertrieben worden.

Von lokalen Applikationen hat dem Verf. Chrysarobin oder Goapulver zur Beseitigung von Flecken oder Knoten die besten Dienste geleistet. Massage soll auf Knoten und Nervenverdickungen oft günstig wirken. Auch der Nervendehnung werden Erfolge nachgerühmt. Oftmals ist eine chirurgische Behandlung am Platze.

Da eine spontane Genesung möglich ist, so läfst sich schwer sagen, wie viele Heilungen auf Rechnung einer aktiven Behandlung zu setzen sind. In den letzten 25 Jahren sind 4891 norwegische Lepröse gestorben, davon 2352 in den Spitälern; geheilt wurden 107; von diesen waren 75 Spitalpatienten. 61 der letztern wurden von Danielssen im Langegaardshospital behandelt.

Am Ende des Buches findet sich noch ein Litteraturverzeichnis von 27 Nummern, welches besonders die auf norwegische Lepra bezüglichen Publikationen berücksichtigt, aufserdem vier Farbentafeln, welche Beispiele der verschiedenen Formen und mikroskopische Präparate darstellen.

São Paulo. Lutz.

Beitrag zum Studium des phagedänischen Geschwürs der Tropen, besonders am Senegal beobachtet, von H. Amourette. (*Thèse de Lyon* 1886.)

Viele Marineärzte haben sich mit den tropischen Geschwüren beschäftigt. Nach Laure sind dieselben Manifestationen einer allgemeinen

Dyskrasie. Chapuis betrachtet das phagedänische Geschwür als eine in den Tropen endemische Krankheit. Die Affektion ist überall dieselbe, nur durch die klimatischen Verhältnisse bekommt sie einen schweren Charakter. Monestier sieht in seinen Studien über das Geschwür von Mozambique keinen Unterschied zwischen diesem und den bei Europäern in Frankreich vorkommenden Geschwüren, beide können durch Hospitalbrand entstehen. Nach Prof. Treille ist das phagedänische Geschwür keine Rassenkrankheit und nicht kontagiös, wie durch das Experiment und durch den Aufenthalt andrer Kranker mitten unter solchen, die an Cochinchinageschwür litten, bewiesen wurde. Das Geschwür ist auch nichts Syphilitisches; der Phagedänismus ist nur eine Komplikation. Rochard bemerkt, es bestände eine gewisse Verwandtschaft zwischen dieser Affektion und dem Hospitalbrand; vielleicht wird man eines Tages dahin gelangen, sie den parasitären Krankheiten zuzugesellen und im Sumpf der Moräste einen unbekannten Kryptogamen zu entdecken, welcher sich auf den oberflächlichen Erosionen ansiedelt. Im Juni 1885 hat Le Dantéc im *Archive de Méd. navale* eine Arbeit über den mykotischen Ursprung des phagedänischen Geschwürs der Tropen veröffentlicht. Der Verfasser hatte im Eiter, welcher vom Grunde eines Geschwürs genommen war, Bacillen endeckt, welche von 6—12 μ lang waren. Sie sollten nur im Stadium der Ulceration auftreten und nicht ins Blut übergehen. Gleichzeitig mit den Bacillen entdeckten Le Dantéc und Roux auf demselben Geschwür längliche oder ovale Mikrokokken, isoliert oder in Gruppen, selten zu Diplokokken geordnet, voluminöser als Eiterkokken. Sie färben sich mit Methylviolett lebhafter als die Bacillen und sind noch sichtbar, wenn die Bacillen schon entfärbt sind. Der Verf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1. Die phagedänischen Geschwüre in Obersenegal werden durch eine Reihe ungünstiger Einflüsse gefährlich. 2. Sobald ein Punkt ulceriert ist, wird baldigst das Nachbargewebe in die Ulceration einbezogen. Liegen mehrere Kranke in einem Saale zusammen und der Zustand einiger ist ein schlechter, so teilt sich derselbe den Geschwüren aller mit. Unter welchem Einflufs, wird die Zukunft zeigen.

Die allgemeine Behandlung mufs eine möglichst stärkende sein, die lokale darf varriieren je nach der Form und dem Grad der Erkrankung.

Lille. A. Tavernier.

Über den Sandfloh und die durch ihn verursachten Krankheiten, von H. Guilloteau. (*Thèse de Lyon.* 1886.)

Zuerst setzt der Verf. die Naturgeschichte des Sandflohs und sein Vaterland auseinander und beweist, dafs er von Brasilien und Gabun ein. geschleppt ist.

Die durch dieses Insekt verursachten Krankheitszustände sind am Senegal ebenso häufig wie in jeder andren Kolonie. Mehr noch, nach den

Beobachtungen, welche er uns unterbreitet, wäre die gröfste Zahl der in den Tropen vorkommenden phagedänischen Geschwüre durch den Stich des Sandflohs verursacht.

Im dritten Kapitel studiert er die therapeutischen Mittel zur Extraktion des Insekts und die Behandlung der Stichwunden.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Ungarn.

Dermato-syphilidologische Litteratur vom Jahre 1883.

Ein Fall von Mykosis fungoides (Alibert), von Dr. Adolf Havas (*Orvosi Hetilap.* No. 13. 1883.) Havas veröffentlicht folgenden Fall von Mykosis fungoides, welchen er auf Vidals Abteilung in Paris zu Gesicht bekam. Anamnese: Heinrich Poulet, 57 Jahr, Beamter. In seiner Familie kam keine Hautkrankheit vor; Pat. litt nie an Skrofulose oder Lues, wohl aber 6—7 Monate lang an Malaria. Seit dieser Krankheit (wann?) bekam er hier und da rote Flecke am Körper, die jedoch wieder verschwanden. Vor 6 Jahren Kopferysipel, nach welchem an der linken Stirnhälfte (obere Gesichtsregion) mehr weniger ausgesprochene Anästhesie auftrat. Seitdem auch herabgesetztes Hörvermögen des linken Ohres. Vor vier Jahren traten juckende rote Flecke am ganzen Körper auf, welche verblafsten und abschuppten. Er kam damals ins Hospital St. Louis, wo die Diagnose auf Ekzem gestellt wurde. Nach einem Monate wurde der Kranke gebessert entlassen. Ein Jahr später kam er wieder ins Spital und wurde von Dr. Laudrieux wegen Ekzem behandelt. Nach einigen Monaten traten Geschwülste an der rechten oberen Extremität und am Bauche auf, welche näfsten, ulcerierten und den Patienten zwangen, wieder ins Spital zu gehen. Er wurde am 4. April 1881 mit folgendem Status aufgenommen:

Status: An der linken Stirnhälfte, am Stamme und den Extremitäten ist die Haut an Zehnpfennigstück bis Flachhand grofsen oder noch gröfseren Stellen blafs- oder dunkelrot, mit kleien- oder lamellenförmigen Schuppen, hier und da auch mit gelbbraunen Borken bedeckt. Auf den dunkleren Stellen ist die Haut stärker infiltriert, mehr weniger über das Niveau erhaben, mäfsig, stellenweise erheblich juckend.

Die Sensibilität an diesen Stellen war normal. In der rechten Achselhöhle befand sich eine gelblich rote, 1 cm erhabene, warzenartige, scharf begrenzte konsistente Geschwulst. Ähnliche kleine Geschwulst am rechten kleinen und Zeigefinger. Die diesseitigen Axillardrüsen geschwollen, aber nicht schmerzhaft. Ähnliche kleine Geschwülste in der linken Ellenbogen-

beuge. An der linken Seite des os sacrum ist eine $4^1/_2$ cm grofse, exulcerierte, von der gesunden Haut durch Furchen getrennte Geschwulst. Exulcerierte, Geschwülste auch an der rechten Sakralseite. In der rechten Kniekehle stark erhabene, an der Oberfläche exulcerierte, seröse Flüssigkeit absondernde, sehr schmerzhafte Geschwulst. An der ganzen Hautoberfläche Kratzeffekte. Innere Organe normal. Die vegetabile Funktion nicht gestört. Weifse Blutkörperchen nicht vermehrt.

Verlauf: Seit jener Zeit traten an verschiedenen Körperteilen erbsen- bis haselnufsgrofse und durch Konfluenz derselben auch gröfsere Geschwülste auf, welche teils spontan durch Resorption oder Ulceration, teils durch medikamentöse Eingriffe (Pyrogallolsalbe) sich zurückbildeten. In diesem Stadium sah H. den Kranken im November 1881 und beobachtete ihn bis Anfang April 1882 auf der Vidalschen Abteilung. Während dieser Zeit kamen und verschwanden Geschwülste, rote Flecke, schuppende Infiltrationen. Die gesunden Hautpartien wurden immer kleiner, so dafs die ganze Haut fast rot und infiltriert war. Die infiltrierten Stellen bedeckten sich mit lamellösen Schuppen und sonderten auch Flüssigkeit ab, die zu Borken eintrocknete. Der Kranke kam durch sein Leiden immer mehr herunter, der Appetit schwand, kopiöse Diarrhöen traten auf; später gesellte sich auch Fieber dazu. Innerlich wurde Sol. arsenic. Fowleri gegeben und äufserlich Karbolverbände, später auf die Geschwülste 10 % Pyrogallolsalbe appliziert.

Was die Pathogenese der Krankheit und die Histologie der Geschwülste anbelangt, so stimmt Havas den Ansichten Gebers bei.

Über Hauthorn, von Prof. Schwimmer in Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1883. No. 2.) Nach Würdigung der einschlägigen Litteratur beschreibt Schwimmer die zwei Formen des Xanthoms: Xanthoma planum und Xanthoma tuberosum.

1. X. planum besteht aus linsen- bis haselnufsgrofsen und gröfseren, gelblich weifsen bis zitronengelben Flecken, welche symmetrisch an beiden Augenwinkeln oder Lidern auftreten, oder auch an den Wangen, der Nase, dem Nacken, ja sogar auf der Mundschleimhaut vorkommen. Die einzelnen Flecke sind flach, meistens glatt, beim Anfühlen samtartig und bei seitlicher Beleuchtung etwas erhaben. Einzelne Flecke präsentieren sich uns als aus kleineren der Art zusammengesetzt oder zusammengeflossen. Die kranke Hautpartie ist leicht faltbar, von etwas teigigem Gefühl. Die einzelnen Flecke sind scharf begrenzt, schuppen nicht ab und schmerzen nicht.

2. X. tuberosum unterscheidet sich von dem X. planum durch Knotenbildung. Es bilden sich hanfkorn-, linsen- bis bohnengrofse Knötchen und Knoten, welche aneinander gereiht drusiges Aussehen haben. Die dicht gedrängte Knotenform kommt selten vor. Schwimmer sah einen olchen Fall, wo die Haut mit mehreren hundert Xanthomknoten bedec war. Einzelne Knoten sind glatt, konsistent, nur in der Cutis liegend, andre tiefer bis in das subkutane Gewebe übergreifend. Bei allgemeiner Xanthomatosis kommen beide Xanthomformen vor.

Ätiologie: Schwimmer glaubt, dafs wir nicht berechtigt sind, den Ikterus oder das Leberleiden als ätiologisches Moment für Xanthom aufzufassen, da viele Xanthomfälle ohne Ikterus und ohne Lebererkrankung beobachtet wurden. Er selbst sah schon zehn Fälle (darunter ein fünfjähriges Mädchen mit Xanthomen auf den Ellenbogen und Schamlippen), und nur in einem Falle konnte er eine Vergrößerung der Leber konstatieren.

Anatomie: Die mit Dr. Babes vorgenommene mikroskopische Untersuchung mehrerer Xanthomtuberkeln ergab folgendes Resultat:

Die oberflächlichen, linsen- bis bohnengrofsen, drüsenartigen, rotgelben flachen Knoten sind von faseriger Struktur, haben eine weifsgelbe, saftreiche, fein genetzte Schnittfläche und gehen gradatim in die normale Umgebung über.

Die Epidermisschicht ist verdünnt, gewöhnlich ohne Papillen, hier und da zusammengedrückte oder zertrümmerte Talg- und Schweifsdrüsenausgänge zeigend. Die Malpighische Schicht weist atrophische und auffallend viele junge Zellen auf, die hier und da in der Teilung begriffen sind. Die unterste Zellschicht ist dunkel pigmentiert. Gleich unter der Epidermis sind die mit aufgequollenem Epithel versehenen Lymphgefäfse und neben diesen kleine mit ähnlich veränderten Endothelien versehene, stellenweise Hyalin enthaltende Gefäfschen zu sehen. Die Gefäfswand ist sehr verdickt und bildet ein konzentrisches buchtiges Netz, dessen miteinander kommunizierende Höhlen mit einer Schicht von kleinen gequollenen, gelbliche Fetttropfen enthaltenden Zellen ausgekleidet oder ausgefüllt sind. In der Zwischensubstanz sind runde, gelblich rote Pigmentkörnchen, Hyalinfasern und glatte Muskelzellen zu sehen, und man kann dabei deutlich erkennen, dafs dieses einem Gefäfse entsprechende Lakunarsystem von seiner Umgebung durch Lymphräume getrennt ist.

Der Prozefs erstreckt sich, die Lymphgefäfse ausgenommen, auf sämtliche Elemente der Haut, die Drüsenhüllen und Nervenscheiden nicht ausgenommen. Die Bindegewebsfasern schwellen an, werden voneinander losgelöst und verfallen einer hyalinen Entartung.

Therapie: Schwimmer empfiehlt die Entfernung der Knoten durch das Messer. Von Krotonöl oder Sublimatlösungen sah er keinen Erfolg.

Ein Fall von genuiner Hauttuberkulose, vorgestellt im ärztlichen Verein zu Budapest von Prof. Schwimmer 1883. Januar 13. (*Orvosi Hetilap.* 1883. No. 3.) Der 15jährige Patient bemerkte vor zwei Jahren einen kleinen Knoten an der Unterlippe, der ulcerierte. Neue Knoten gesellten sich bald hinzu und ulcerierten ebenfalls. Im Detritus fand man Tuberkelbacillen.

Elephantiasis der rechten grofsen Schamlippe, vorgestellt ebendaselbst von Prof. Dr. Antal 1883. 13. Janur (*Orvosi Hetilap.* 1883. No. 3.) Die 37jährige Patientin hat das Leiden seit 8 Jahren, jetzt ist die Geschwulst Mannskopf grofs.

Elephantiasis verrucosa, vorgestellt von Prof. ANTAL ebendaselbst 1883 am 17. Febr. (*Orvosi Hetilap.* 1883. No. 8.) A. exstirpierte eine Hühnerei grofse Geschwulst, welche im oberen Winkel der grofsen und kleinen Labien safs und welche er dem klinischen Bilde nach für ein Papilloma carcinomatodes hielt. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Struktur einer seltenen Elephantiasisform, nämlich die der Eleph. verrucosa

Ein Fall von Priapismus bei einem Leukämischen, vorgestellt ebendaselbst von Prof. Dr. KÉTLI, Primarius im Rochusspital, am 24. Febr. 1883. (*Orvosi Hetilap.* 1883. No. 9.) STEPHAN SCH., 35 Jahr alt, Schuster, ist seit Oktober 1882 kränklich; nach seiner Angabe hatte er typische Wechselfieber, wurde sehr schwach und bemerkte schon damals, dafs sich jeden Morgen schmerzhafte Erektionen einstellten, welche mehrere Stunden anhielten. Seit dieser Zeit enthielt er sich des Beischlafs, da er sich zu schwach dazu fühlte. Vor zwei Wochen stellten sich aus unbekannter Ursache abermals schmerzhafte Erektionen ein, zu denen sich vom Perineum aus ziehende Schmerzen gesellten, die ihn am Gehen hinderten. Diese Erektion hält seitdem ohne Unterbrechung an. In diesem Zustande kam Pat. auf K.s Abteilung in das Rochusspital. Der Penis ist erigiert und sehr schmerzhaft bei Berührung. Die Glans ist an der Erektion nicht beteiligt, die Urethra ist schlaff zusammengedrückt, das Urinieren erschwert, so dafs öfters katheterisiert werden mufste. Perineum äufserst schmerzhaft; die Schmerzen strahlen auf die Schenkel aus. Am Rücken des Penis umschriebene Stauungserscheinungen und zwar so hochgradig, dafs Gangrän befürchtet wurde. Die Ursache des Priapismus konnte K. nicht in einem Rückenmarksleiden suchen, weil keine Symptome für dessen Vorhandensein zu erforschen waren. Auch pflegen die bei Rückenmarksleiden vorkommenden Erektionen nicht so anhaltend zu sein. Eine lokale Ursache, z. B Trauma, Anstrengung oder Exzefs in Venere liefs sich ebensowenig ermitteln. Soviel schien fest zu stehen, dafs eine Entzündung in den Corpora cavernosa vorhanden war. Brom, Lupulin, Eisumschläge, warme Bäder, alles war vergebens.

Aufser den obigen Symptomen war eine Milzvergröfserung zu konstatieren. Die Dämpfung überschritt die Mittellinie der vorderen Brusthälfte um drei Zoll und ging nach unten bis unterhalb des Nabels. Die Haut des Kranken war fahl, bleich, trocken. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab, dafs auf dem Gesichtsfelde ebenso viel weifse wie rote Blutkörperchen sichtbar waren. Auf diesen Befund hin stellte K. die Diagnose auf Leukämie und zwar L. lienalis, oder nach NEUMANN L. medullaris. Die Leukämie darf bei der Erforschung der Ursache des Priapismus nicht aufser Acht gelassen werden; aber über die Art des Zusammenhanges kann K. keine Auskunft geben.

Über Tuberkulose der Haut, von Dr. ADOLF HAVAS. (*Orvosi Hetilap.* 1883. No. 12.) H. teilt einen Fall von Hauttuberkulose mit, den er

auf der Abteilung des Prof. NEUMANN in Wien zu sehen Gelegenheit hatte.

ANNA BINDER, 38 Jahr alt, verheiratet, gibt an seit langer Zeit an Husten zu leiden; Hämoptöe hatte sie öfters schon gehabt. Vor einem Jahre bemerkte die Patientin am linken Mundwinkel eine hanfkorngroſse, rote, oberflächliche Infiltration, die sich fünf Wochen später in ein Geschwür verwandelte. Dies Geschwür wurde öfters geätzt, verbreitete sich aber trotzdem mehr und mehr. Am 20. Oktober 1882 kam Pat. auf die NEUMANNsche Abteilung.

Die Frau ist abgemagert, im 7. Schwangerschaftsmonat. Im linken Mundwinkel war ein Zehnpfennigstück groſser auf die äuſsere Haut und Schleimhaut gleichmäſsig sich erstreckender, rosafarbiger, mäſsig infiltrierter, teilweise von einem schuppenden Hofe umgebener, mit buchtigen, mäſsig steilen und unterminierten Rändern versehener Substanzverlust, dessen Grund höckerig uneben und mit gräulich gelbem Detritus bedeckt ist. Am Grunde und in der Umgebung des Geschwürs sind einzelne Hirsekorn groſse oder kleinere gräuliche, oder gräulich gelbe, halbkugelförmig hervorragende, konsistentere Knötchen. Die diesem Geschwür entsprechende Kontaktfläche der Oberlippe weist in einem Umfange von ein bis ein und einem halben cm teils einzelne, teils in Gruppen stehende gräulich gelbe, von einem schmalen roten Hofe umgebene konsistentere Infiltrate auf.

Beide Lungenspitzen sind infiltriert. Das Lippengeschwür vergröſserte sich von Tag zu Tag. Am linken Nasenflügel und an dem Septum bildeten sich kleine Infiltrate, welche gleich wie die Lippengeschwüre ulcerierten. Die Kranke starb Ende Dezember 1882. Die Sektion konstatierte hochgradige Tuberkulose.

Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum formamidatum, von Dr. S. RÓNA, Sekundararzt am Rochusspitale in Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1883. No. 12.) Im Jahre 1881 sah der Verf. auf den Wiener Abteilungen die Experimente mittels neuer Mittel gegen die Syphilis. En vogue war die Bakteriensuche. Überall fand man, oder glaubte man Bakterien zu finden. Ist es da ein Wunder, wenn man gegen die Syphilis Kreosot und Karbolsäure anwandte? Nachher kam das Jodoform wieder auf, nachdem es seit LAZANSZKY (1875) fast in Vergessenheit geraten war. Was war der Erfolg von diesen und ähnlichen Experimenten? Man kehrte immer wieder zu den alten bewährten Mitteln zurück. Hoffnungsvoll greift der Mensch zu jedem Mittel gegen die verheerende Krankheit, und greift überhaupt zu gern zu Experimenten, welche die Theorien der fortschreitenden Wissenschaft vorschlagen. Und das ist kein Fehler. Aber die theoretische Forschung geht nicht immer den richtigen Weg, daher dürfen wir ihr auch nicht unbedingt Folge leisten. Wir dürfen den gangbaren wissenschaftlichen Moden fröhnen, aber mit möglichster Reserve, und wir dürfen die alte Basis unsern Füſsen nicht entschlüpfen lassen. Und das muſs überhaupt

der Fall sein beim Experimentieren gegen die Syphilis. Unser Urteil, unsre Behandlung müssen immer auf klinischen Erfahrungen basieren.

Wir wissen bisher über die Krankheitserreger der Syphilis nichts. Wir wissen nur von einem Virus, welches ein „fixes Kontagium" hat. Wir wissen nur, dafs dieses Kontagium sich an einer Stelle des Organismus einnistet und von dort auf den Lymphbahnen den ganzen Organismus und auch noch einen zweiten von diesen abstammenden infiziert. Aber das zu beurteilen, wie lange die Wirkung des Kontagiums eine lokale ist, sind wir nicht im stande, und deshalb hat auch das rationellste Verfahren zur Vorbeugung einer allgemeinen Invasion, die Exzision des Sklerose, keinen Wert und verdient nicht das unbedingte Vertrauen. Ist es aber zur allgemeinen Infektion gekommen, so können wir die Krankheitserreger schon gar nicht angreifen. Eitel ist die Lehre, pure Selbsttäuchung ist die, welche die direkte Heilung der Syphilis verkündet.

Die Syphilis ist eine aus einer Stelle sich entwickelnde und verbreitende, typisch und cyklisch, verlaufende, auf unbestimmte Zahl der Jahre sich erstreckende allgemeine Erkrankung, welche in ihrem Verlaufe, ihren attakenartigen Recidiven nichts aufhalten kann, welche sich selbst überlassen oder behandelt so lange fortdauert als sie will. Es geht uns mit ihr so, wie mit einer andren infektiösen Krankheit, z. B. wie mit dem Typhus, dem Malleus etc. Wo gibt es einen Arzt oder ein Mittel, welche einen Typhus oder Malleus im Anfangsstadium oder auf der Akme koupieren könnten? Nirgends!

Unsre ausgezeichneten empirischen Mittel — die Quecksilberpräparate, das Jodkalium — greifen nicht die Syphilis als Krankheit an, bezwingen auch nicht diese, sondern nur die Produkte der Krankheit, und daher befreien sie den Kranken nicht von der Syphilis, sondern nur von deren jeweiligen Symptomen.

Die Roseola, die Papel, das Gumma sind, obschon sie die Produktoren in sich bergen, selbst nur Krankheitsprodukte, selbst die reifsenden Knochenschmerzen sind nur Krankheitsprodukte, und wenn diese nach Behandlung mit obengenannten Mitteln nachlassen, so haben wir nicht die Syphilis, sondern nur den Kranken zum Schweigen gebracht.

Wir können dem Kranken beliebig viel Merkur oder Jodkalium geben, den Ausbruch oder Recidive der Syphilis können wir dadurch nicht verhindern. In beiden Fällen ist dieselbe uneinschränkbar. Wir haben dafür auch keinen positiven Stützpunkt, wenn wir jemanden als von der Syphilis gänzlich befreit sprechen! R. legt Gewicht auf das soeben gesagte, denn mit diesem will er jenen — und es sind deren nicht wenige — gegenüber Stellung nehmen, die behaupten, sie könnten durch vorzeitige Verabreichung von Merkur oder Jodkalium das Auftreten der Sekundärerscheinungen verhindern; aber auch jenen gegenüber nimmt er Stellung, die angeben, durch dasselbe Verfahren den Symptomenkomplex mildern zu können.

Dieser Auffassung zufolge glaubt R. jedem antisyphilitischen Mittel nur

symptomheilenden Wert beilegen zu können, und schätzt also die Mittel je nach den von ihnen hervorgerufenen angenehmen oder unangenehmen lokalen wie allgemeinen Reaktionen ab.

Mit Hydrargyrum formamidatum behandelte er 14 Fälle von Syphilis. Jedem Kranken wurde je eine Pravazsche Spritze von 1 % Lösung täglich unter die Haut gespritzt. Von den 14 Kranken duldeten nur 5 die Injektionen bis zur Beendigung der Kur, 5 von ihnen widersetzten sich nach der dritten, einer nach der neunten, 3 nach der ersten Injektion. Die Patienten gehörten alle dem Abschaum der Menschheit an, waren also keine zimperliche Naturen.

Die Injektionen verursachten aufserordentliche Schmerzhaftigkeit, Infiltrationen; namentlich da, wo ein gröfseres Fettpolster vorhanden ist, sind die Injektionen durch beträchtliche Infiltrationen charakterisiert, selbst noch nach acht Tagen konnten dieselben konstatiert werden. Abscesse oder Gangrän traten nicht auf.

Was die Wirkung anbelangt, so konnte R. konstatieren, dafs Recidive nach diesem Mittel ebenso häufig auftraten, wie bei andern Behandlungsweisen, dafs die Symptome sich nicht merklich schneller zurückbildeten, als bei den gleichzeitig mit Schmierkur behandelten, und dafs so das Hydrargyr. formam. weit hinter den übrigen Präparaten zurücksteht. Stomatitis verursacht es selten.

(Fortsetzung der Litteratur von 1883 folgt.)

Budapest. Róna.

Amerika.

Circinäre Zungeneruption (von Lemonier Glossite exfoliative marginée genannt, von Gubler État lichenoide, von Parrot Syphilis desquamative de la langue), von Dr. D. F. Kinnier in Philadelphia. (*The Medical Rev.* März 16. 1887.) Der erste Fall, ein Mädchen von 7 Jahren, wurde von ihrer Mutter wegen „Ringworm" der Zunge in Behandlung gebracht. Die Mutter meinte, diese Flecke wären „Ringworm", weil ein kleines Mädchen, mit welcher ihre Tochter gewöhnlich spielte, ähnliche Flecke auf der Zunge hatte und dabei „Ringworm" auf dem Kopfe. Die Patientin hatte drei solcher Ringe auf der Zunge; einer, und zwar der best entwickelte und am deutlichsten circinäre, befand sich auf der Spitze der Zungenoberfläche, die beiden andern waren an der Seite der Zunge und erstreckten sich bis zur Raphe.

Der zweite Fall war ein 6 Jahre altes Mädchen, welches an Ringworm des Kopfes und an „Ringen" auf der Zunge litt. Hier hatte sie zwei Ringe, welche sich von der Seite bis zur Mitte des Zungenrückens erstreckten, woselbst sie zusammenflossen und einen unregelmäfsig konturierten Ring bildeten. Die Mutter gab an, die Ringe auf der Zunge wären 8 Tage

nachdem sie den Ringworm des Kopfes bemerkt hatte, aufgetreten. Sie glaubte, die Krankheit des behaarten Kopfes sei in der Schule acquiriert.

Nach einer Übersicht über die Litteratur des Gegenstandes beschreibt Dr. Kinnier die Krankheit in diesen beiden Fällen folgendermafsen: Die in der Gröfse varriierenden Ringe begannen an den Seiten der Zungenoberfläche und verbreiteten sich nach der Mitte zu. Die Mitte des Fleckes ist rot und glänzend und hat einen glatten weifsen Rand. Diese Ringe bestehen 4—5 Tage, dann erscheinen neue, noch ehe die alten ganz verschwunden sind. Es ist eine exquisite Kinderkrankheit. In diesen beiden Fällen verschwand die Krankheit ohne besondere Behandlung.

Pustulöse Form von Dermatitis herpetiformis, von Dr. Louis A. Duhring, Philadelphia. (*Medical News*. März. 1887.) Der Patient war 50 Jahre alt, ein Irländer. Dr. Duhring sah denselben zuerst 1874; damals konstatierte er, dafs der Patient seit einer Reihe von Jahren an Exanthemen litt, welche durch Hitze bedingt waren. Seit einem Jahre bestand die gegenwärtige Affektion, nämlich zahlreiche kleine und grofse mit gelblichem Inhalt gefüllte Pusteln in allen Stadien der Entwickelung am Rumpf, den Schultern und dem Hintern. Sie variieren in der Gröfse von der eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Bohne. Die letzteren sind nicht zugespitzt sondern flach und ausgebreitet, wenn auch bedeutend über die umgebende Haut erhaben. Die kleinen frischen Pusteln hatten keine infiltrierte Basis oder Hof; aber die gröfseren und älteren sind von einem tief roten und ziemlich grofsen Hof umgeben. Die Pusteln waren gefolgt von einer beträchtlichen, schmutzig gelblich-braunen Pigmentation. Nach des Patienten Angabe tritt die Eruption schubweise auf, so dafs die eine kaum verschwunden ist, wenn die zweite auftritt. Nachdem der Fall eine Woche lang beobachtet war, konnte man konstatieren, dafs der Anfang der Eruption eine wohl begrenzte Pustel war, welche als solche bestand und zu einer Kruste eintrocknete. Nach 4—5 Tagen fiel dieselbe ab und hinterliefs eine pigmentierte Basis. Später zeigte sich noch, dafs das Jucken und Brennen manchmal intensiv war, zu andern Zeiten aber wieder verschwand. Es wurde zuerst pustulöses Ekzem diagnostiziert. Durch Behandlung verschlimmerte sich der Zustand. Nach einigen Wochen erschienen kleine Pusteln in der Form eines Herpes circinatus, wie bei typischer Tinea circinata; diese Diagnose wurde denn auch gestellt, jedoch wurde durch die mikroskopische Untersuchung kein Pilz nachgewiesen. Zum Schlusse befand sich der Patient schlechter als je zuvor und verschwand aus der Beobachtung, mit dem Resultat der Behandlung unzufrieden. 5 Jahre später stellte er sich Dr. Duhring mit derselben Krankheit wieder vor. Es wurde ihm alsdann eine Salbe gegeben, welche 30 g sublimierten Schwefel auf 64 g Fett enthielt; das Jucken und Brennen hörte sofort auf und die Läsionen verschwanden schnell.

Peliosis Rheumatica, von Dr. Rannie Logan. (*Canadian Practitioner*. März 1887.) Ein 27 Jahre alter Farmer fühlte 3 Tage vor Ausbruch

der Krankheit Schmerzen in den Fufssohlen und Knöcheln, welche alsbald anschwollen und gerötet wurden. Die Schmerzen nahmen allmählich zu und erstreckten sich auf Beine und Arme. Einen Tag später, ungefähr um 3 Uhr nachmittags, entstand plötzlich das charakteristische Purpurexanthem; an den Armen war es nicht so ausgesprochen wie an den Beinen. Mit der Entwickelung des Exanthems nahmen die Schmerzen zu und nahmen erst am folgenden Morgen ab, als die Eruption nachliefs. Aber an demselben Nachmittag erschienen die purpurnen Flecke schon wieder und nahmen eine tiefe Scharlachröte an, welche sich über die Unterschenkel und die unteren Teile der Oberschenkel ausbreiteten, und gleichzeitig traten die Schmerzen auch wieder auf. Die purpurnen Flecke variieren von der Gröfse eines Stecknadelkopfes bis zu der eines 10 Centsstückes (5 Pfennigstückes) und fliefsen manchmal zu grofsen Flecken zusammen, die aber nicht über die Haut erhaben sind. In den Muskeln der Schulter und des Rückens zeigten sich wallnufsgrofse Knoten, in Farbe und Erscheinung den Urticariaeruptionen ähnlich. Im Verlauf der Krankheit traten die letzteren noch öfter auf und verschwanden wieder ohne eine Verfärbung zu hinterlassen, wie es beim Erythema nodosum der Fall ist. Puls und Temperatur blieben normal. Es wurde Verschiedenes angewandt, darunter auch salicylsaures Natron, Oleum Terebinthinae, Ergotin etc. Nach Verlauf von 4 Wochen hatte sich wenig in dem Zustand geändert, und da sich ein periodischer Verlauf herauszustellen schien, wurde Chinin gegeben, und zwar mit Erfolg. Nach Dr. Logan ist die dortige Gegend von Malaria ganz frei.

Zwei Fälle von typischer Dermatitis herpetiformis, von Dr. L. A. Duhring. (*The New York med. Journal.* April. 9. 1887.) Erster Fall, gesehen im Juni 1880. Ein 22 Jahre alter, kräftiger Minenarbeiter, im übrigen gesund. Die Krankheit hatte vor 2 Jahren als allgemeine Eruption begonnen und bestand aus Bläschen und Blasen von verschiedener Gröfse, welche von heftigem Jucken begleitet waren. Ein Jahr zuvor war die ganze allgemeine Decke mit Ausnahme der Hände und Füfse mit Ausschlag bedeckt, welcher damals in Bläschen, Blasen und Pusteln bestand. Die Eruption war von Pigmentation gefolgt. Vor 8 Monaten traten zuerst Blasen auf, welche in Form unvollständiger Ringe angeordnet waren. Die Pusteln beginnen gleich als solche; das störendste Symptom ist das Jucken.

Zweiter Fall: 35jährige Musiklehrerin von nervösem Temperament. Die Hautkrankheit bestand seit 5 Monaten. Die Eruption bestand in beträchtlicher erythematöser Entzündung in der Form schlecht begrenzter Flecke mit etwas Blasenbildung. Von andern wurde die Krankheit Bläschenerythem und Pemphigus pruriginosus genannt. Durch das Jucken war die Krankheit sehr lästig; jede Behandlung war bisher umsonst gewesen. Die Haut war der Sitz einer subkutanen Entzündung, welche hier und da fleckenweise auftrat. Bläschen, Blasen und Pusteln waren in grofser Zahl vorhanden, sie waren wenig gespannt, unregelmäfsig begrenzt und flach; alle 3—4 Wochen trat ein neuer Nachschub solcher Eruptionen ein, so dafs

kein Teil der Körperoberfläche verschont blieb. Schliefslich war die ganze Haut schmutzig gelb pigmentiert. Der Gebrauch von Arsenik in grofsen Dosen übte sichtlich einen guten Einfluſs aus, aber die Krankheit wurde nicht geheilt. Örtlich brachte Karbolsäurewaschung die beste Wirkung hervor.

Elephantiasis Arabum an den äufseren Genitalien einer Negerin, von Dr. W. E. Morley und R. B. Morison in Baltimore. (*Med. News.* April 17. 1887.) Die 45 Jahre alte Patientin war immer gesund gewesen; sie war Mutter von 14 Kindern und hatte zuerst vor 8 Jahren Jucken und Brennen der Vulva bemerkt, welches sich bis in die Scheide erstreckte und von „Blutbeulen", wie die Patientin sagte, gefolgt war. Dabei traten heftige Schmerzen auf. Später vergröfserte sich das rechte grofse Labium durch Bildung knotiger Massen, welche die Nates und den Anus involvierten. Im Juli 1886 war das rechte Labium majus 7 Zoll lang, 4 Zoll breit und 2½ Zoll dick. Das linke Labium majus betrug ungefähr ⅓ dieser Gröfse. Im Oktober 1886 wurde das rechte hypertrophierte Labium mit dem Paquelinschen Messer abgetragen. Die Blutung war reichlich. Das linke Labium wuchs nun weiter und zeigte keine Neigung zur spontanen Rückbildung. Dr. Morison machte die mikroskopische Untersuchung in Johns Hopekins Laboratorium und konstatierte, dafs es sich um E. Arabum handelte. Die Schnitte enthielten viel körniges Pigment, welches so schön in Reihen angeordnet war, dafs sie wie mit Gold behandelt aussahen.

Eine neue Färbungsmethode (Rouxs) für Gonokokken, von Dr. E. C. Wendt. (*New York Med. News.* April 23. 1887.) Mit dem Mikroskop kann jede Blennorhöe als solche erkannt werden. Bevor gute Färbemethoden bekannt waren, war es oft unmöglich, die Mikroben der Blennorrhöe von andern Diplokokken zu unterscheiden. Dr. Wendt kann den Ausspruch von Dr. Bumm nicht anerkennen, dafs die intracelluläre Lage der Kokken für Gonokokken pathognomonisch sei.

Kongenitale Striktur der Urethra, von Dr. W. G. Jameson Rusk. Texas. Ein 10 Jahr alter Knabe litt an Incontinentia urinae und liefs seinen Urin seit seiner Geburt immer in Form eines Spray. Aufser einer leichten Cystitis war er gesund. Der Penis war äufserlich normal. Das Orificium externum war gröfser als normal. Im Kanal konnte man eine Striktur einige Millimeter nach dem Orificium beginnen sehen. Unter Anwendung eines Anästhetikums wurde die Striktur mit einem kurzen Bistouri gespalten. Mit dem Bougie wurde eine zweite Striktur gefunden, welche zu tief lag, um sie mit dem Bistouri erreichen zu können. Diese wurde erfolgreich mit Troikart und Kanüle behandelt; einen Zoll hinter der zweiten Striktur fand sich noch eine dritte, welche auf dieselbe Weise beseitigt wurde wie die zweite. Nachdem die Wirkung der Anästhetica vorüber war, konnte der Patient seinen Urin in einem guten Strahl entleeren.

Ein Fall von Herpes Omo-Brachialis, von Dr. JAMES J. TUCKER in Chicago. (*The Chicago Med. Journal and Examiner.* März 1887.) Der Patient ist 36 Jahre alt, leidet an Nervosität und Syphilis. Alle Arten von Nervenkrankheiten sind in der Familie erblich. Im letzten Oktober erkrankte er an heftigem Husten ohne Expektoration. Eine organische Erkrankung war nicht nachzuweisen, so dafs Dr. T. den Husten als nervös bezeichnet. Am 3. Dezember bekam er rheumatische Schmerzen in der rechten Schulter und im Arm. Am nächsten Tage erschien eine aus einigen Bläschen bestehende Eruption. Schnell verbreitete sich die Affektion den Plexus brachialis entlang, besonders befallen waren der Circumflexus, der Musculospinalis, der Cutaneus externus und Medianus. Die Affektion endete mit einer grofsen, sehr schmerzhaften Blase am Daumenballen. Bis zum neunten Tage war die Blasenbildung vollendet und bis zum fünfzehnten die ganze Affektion verschwunden mit Ausnahme der entzündeten Basis. Gleichzeitig verliefs ihn auch plötzlich sein Husten. Dr. T. nimmt an, dafs es sich in diesem Falle um eine syphilitische Erkrankung der Spinalganglien handelte, und der schnelle Erfolg der Behandlung mit Jodkali scheint ihm Recht zu geben.

Ein Fall von nicht zu passierender Striktur der Urethra geheilt durch Post-prostatic-puncture, von Dr. HICKEY. (*Canada Lancet.* April 1887.) Patient war ein 32 Jahre alter Ingenieur. Einige Jahre vorher hatte er sich durch Fall auf ein Holzstück am Perinäum verletzt. Unmittelbar nachher ging viel Blut im Urin ab. Vor 4 Jahren erste vollständige Urinretention, welche sich seitdem alle paar Monate wiederholte. Seit dem Trauma hat er 2 Gonorrhöen durchgemacht. Am fünften Tage nach seinem Hospitalseintritt wurde die Operation folgendermafsen ausgeführt. Die Blase wurde gefüllt, der narkotisierte Patient wurde in Steinschnittlage gebracht. Der linke Zeigefinger wurde ins Rektum eingeführt und als Führer benutzt. Ein Metalltroikart und Kanüle wurden in die Raphe des Perinäums eingeführt und zwar $^3/_4$ Zoll vor dem Rande des Anus und langsam zwischen Rektum und Urethra weiter geführt bis zum hintern Rande der Prostata. Dann wurde das Trigonum mit dem Finger aufgesucht; nachdem dies gefunden war, wurde der Troikart plötzlich und gewaltsam in die Blase gestofsen. Die silberne Kanüle blieb drei Tage lang liegen, dann wurde sie durch einen elastischen Katheter ersetzt. Zehn Tage nach der Operation gelang es No. 2 (Fr.) durch die Harnröhre zu bringen und die Harnröhre in zwei Wochen bis auf No. 9 (Fr.) zu erweitern. Länger blieb der Patient nicht im Hospital. Er konnte seinen Urin spontan durch die Urethra entleeren und hatte keine Unbequemlichkeit von seiner Perinealwunde. Dr. H. rät zum Gebrauch des Troikarts No. 12 englisch und die Kanüle solle sogleich durch einen möglichst dicken Gummikatheter ersetzt werden. Er sagt ferner, von den verschiedenen Operationsmethoden zur Herstellung einer Passage für den Urin sei die angegebene die beste.

Allmähliche Erweiterung einer Harnröhrenstriktur, gefolgt von Abcessen an den Extremitäten, von Dr. J. D. Bryant. (*New York Med. Journ.* April 2. 1887.) Patient ist 24 Jahre alt, Kaufmann, aus guter Familie, er hat wiederholt an Gonorrhöe gelitten, zum Teil recht lange. 1883 begann eine Striktur sich zu zeigen. Zu keiner Zeit war dieselbe weiter als bis auf No. 12 englisch erweitert worden. Bei den ersten Einführungen von Instrumenten zeigte sich nichts Besonderes. 48 Stunden nach der zweiten Bougierung hatte er Schüttelfröste und grofse Hinfälligkeit; P. 85, T. 101 ° F. Nach zehntägigem Landaufenthalt kehrte er zurück, er sah schlecht aus: P. 90, T. 102 ° F. Er hatte damals an verschiedenen Stellen gröfsere und kleinere phlegmonöse Entzündungen. Die ersten waren fünf Tage nach dem Schüttelfrost bemerkt worden. Einige entleerten viel Eiter. Das Allgemeinbefinden war leidlich. Die Nieren blieben gesund.

New York. Tilden Brown.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

England.

Hyperplastische syphilitische Laryngitis. Der Londoner Path. Society wurden am 15. Februar 1887 durch Dr. Jacob in Leeds Präparate von einem 5 Monate alten Kind vorgelegt, welches, nachdem zu andern syphilitischen Erscheinungen Laryngitis getreten und infolge dessen Tracheotomie ausgeführt worden, gestorben war. Bei der Sektion fand sich keine hervorragende Veränderung in dem oberen Teil des Kehlkopfes, während in dem unteren Teil die Schleimhaut stark angeschwollen war. Die Anschwellung zeigte eine tief rote Farbe. Mikroskopisch erwies sie sich als Schleimhaut, die durch Bindegewebseinlagerung verdickt war. Die Lungen zeigten einige pneumonisch infiltrierte Stellen, die Leber eine Vermehrung des Bindegewebes und kleine Herde von Leukocyten. Dr. Jacob lenkt die Aufmerksamkeit auf die Verschiedenheiten dieses Falles und eines ähnlichen von Dr. Felix Semon in den *Transactions* der Society, Vol. XXXI berichteten; die Lokalisation der Geschwulstbildung war verschieden, und Ulceration fehlte dort gänzlich.

Ebendaselbst zeigte Pearce Gould einen 50jährigen Patienten, der vor 4 Jahren an kongenitaler Phimosis operiert worden war. In der Mittellinie der Narbe entwickelten sich zwei Warzen und wurden epitheliomatös, so dafs die Amputation des Penis notwendig wurde. In der Mitte der oberen Fläche der Eichel hatte sich überdies ein Horn entwickelt. Dasselbe war nur von der Gröfse einer Marmel, da der Patient es beständig geschnitten hatte. Mikroskopisch zeigte es horizontale Schichten von mit Kern versehenen Hornzellen, ohne vergröfserte Papillen an der Basis. Es hatte augenscheinlich seinen Ursprung in einer breiten Warze. Drei-

zehn Fälle über derartige Hörner auf dem Penis sind veröffentlicht worden; eines derselben war 8,75 cm lang.

Kokaininjektion. Ogston und Middleton (*Brit. Med. Journ.* 1887. Febr. 26) hatten um 12 Uhr 25 Min. mittags Kokain in ihre Unterarme injiziert und zwar je 5 Tropfen von einer 10 %igen Lösung. Um 12 Uhr 43 Min. war die Haut an der betreffenden Stelle gegen Nadelstiche unempfindlich. Um 12 Uhr 45 Min. wurde ein Schnitt bis zur Muskelaponeurose geführt und genäht, beides ohne Schmerz. Um 12 Uhr 50 Min. hatte sich ein rosafarbener Fleck auf beiden Armen gebildet, von ovaler Gestalt, sich hinunter erstreckend in der Längsaxe des Arms, und innerhalb dieser Partie konnte die Haut durchstochen, durchschnitten und genäht werden ohne Schmerz zu verursachen. Um 1 Uhr war die ganze Hälfte der Vorderarme so anästhetisch, dafs sie ohne Schmerz skarifiziert werden konnte. Um 2 Uhr begannen Ogstons Wunden stark zu schmerzen, während Middletons Wunden bis 3 Uhr 30 Min., also 3 Stunden nach der Injektion unempfindlich waren. Die Wunden beider heilten schlecht, indem sie sich entzündeten und leicht eiterten; nach 10 Tagen waren sie induriert. Der Kreis der Anästhesie korrespondierte ziemlich genau mit dem Kreis der Röte. Das Gefühl für Berührung ging nie ganz verloren, doch ist das wohl zurückzuführen auf den Druck auf die unteren Teile.

Über die Anwendung des Merkurs bei Syphilis. Milner (*Lond. med. Soc.* 1887. Febr. 21) glaubt nach einer 20jährigen Erfahrung in dem Londoner Lock Hospital, dafs die verschiedenen Merkurialpräparate mehr dem einzelnen individuellen Fall angepafst werden müfsten, als es thatsächlich geschieht. Er führt beispielsweise bläschenförmiges Syphilid an, welches sich zumeist bei hellhaarigen, weintrinkenden Personen, besonders bei Weibern, zeigt und am besten mit grünem Jodquecksilber und Donovanis Solution behandelt wird, während die Knotensyphilis sich gewöhnlich bei dunkelhaarigen Biertrinkern findet und am besten durch die Einreibung mit deutschem Ung. cinereum geheilt wird. Bei Personen, die excessiv trinken, ist der Ausschlag stets heftig und bösartig, und ist in diesen Fällen wiederum das Jodquecksilber mit Donovanis Solution und Jodnatrium von Nutzen. Einreibung wurde nur im frühen und im späten Stadium solchen Personen empfohlen, die auf sich achteten. Er fand dies sowohl wirksam für syphilitische Orchitis, Gummabildung und Nervenaffektionen, als auch die früher sekundären Symptome modifizierend. In der Behandlung lokaler indurierter Geschwüre und Ulcerationen waren Kalomelräucherungen von Nutzen. Lauder Brunton wies darauf hin, dafs während Quecksilber und Jodsalze beide wahrscheinlich bei Syphilis pilztötend wirkten, Jodkali nicht pilztötend, sondern auf die erkrankten Gewebe wirke. Er betrachtet Quecksilber als dem Organismus schädlich und meint es, sei zweifelhaft ob es den Pilzen oder den Geweben mehr schade.

Bluett (*Brit. med. Journ.* 1887. Febr. 19) empfiehlt die **Jodoformstifte**, die vor 4 Jahren durch Boxael eingeführt wurden und seitdem im Londoner Lying-in Hospital bei syphilitischen Geschwüren, Rifswunden der Vulva und Nabelgeschwüren der Kinder nach folgender Formel angewandt worden sind:

Jodof. pulver.	1,00
Zinc. oxyd.	1,00
Ol. Theobromae	4,00
Cumarin.	2,50

Dieses wird in einem Glastubus geschmolzen. Das Zinkoxyd wird hinzugefügt um den Schmerz, den das Jodoform verursacht, zu lindern.

Die Pastenbehandlung der Hautkrankheiten. Dyce Duckworth (*Practitioner* Jan. 1887) empfiehlt eine Kalksalbe bei Behandlung von Erysipel. Die Salbe wird aus gleichen Teilen Kalk und geschmolzenem Fett, zu dem etwas Karbolsäure (2 : 30) hinzugesetzt wird, hergestellt. In dieser Weise bereitet gleicht die Salbe dem Glaserkitt. Auf Lint gestrichen und auf die befallenen Hautstellen aufgelegt, schafft dies Mittel eine überraschende Erleichterung und ist geradezu angenehm für die Patienten. In schweren Fällen mufs es 3 mal täglich gewechselt werden. D. erhielt die Idee zu dieser Paste durch Kent Spender, welcher 1835 eine Paste aus 3 Teilen Kalk und 2 Teilen geschmolzenem Fett empfahl. Gleichzeitig wurde durch Einwickelung mit Flanellbinden für den erforderlichen Druck gesorgt. Diese Einwickelungen mufste der Arzt selbst vornehmen, damit sie genau gemacht würden.

Drumine, ein lokales Anästhetikum. Reid (*Brit. Med. Journ.* 1887. März 26) veröffentlicht seine Erfahrungen über Drumine, ein Alkaloid, welches aus Euphorbia Drummondii dargestellt wird durch Maceration oder Kochen der ganzen Pflanze in Salzsäure. Alsdann wird die Lösung neutralisiert, sodann der Niederschlag gesammelt und gewaschen. Sämtliche Alkalien schlagen es nieder und es kann aus wässerigen, alkoholischen oder Chloroformlösungen in rhombischen Kristallen niedergeschlagen werden. Das Pulver ist entweder weifs oder schmutzig wie Morphin. Es wird niedergeschlagen durch neutrale Lösungen von KCN, nicht durch HCN, wird nicht niedergeschlagen durch Hg_2Cl_4; löst sich ohne Zersetzung in starker HNO_3 und H_2SO_4.

Reid hat gefunden, dafs das Drumine eine bemerkenswerte anästhesierende Wirkung auf die Haut ausübt, indem es Pruritus ani und den Schmerz von Brandwunden mildert. Es zerstört das gewöhnliche Empfindungsvermögen der Zunge und macht dieselbe unfähig den Geschmack des Chinins wahrzunehmen. Es tötet ferner den Schmerz beim Splittersuchen. Seine andern festgestellten Anwendungen sind: Waschen beim Nasenkatarrh; Injektion bei Knochenschmerzen und Neuralgien. Verglichen mit Kokain, erweitert es nicht die Pupille, verursacht keine preliminaren

Erregungen und ruft keine Allgemeinsymptome hervor bei Anwendung auf ausgedehnte Flächen.

Neigung zu Blutungen bei Myxödem. Shelswell konstatiert zwei Fälle von Frauen, die an Myxödem litten, und heftige wiederkehrende Blutungen infolge der Extraktion eines Zahns hatten. Die Blutung wurde jedesmal mit Lint und Druck gestillt. Das Blut war derartig mit Speichel gemischt, dafs es seiner Quantität und Qualität nach nicht genauer festgestellt werden konnte. In beiden Fällen lag keine hereditäre Belastung vor. Shelswell führt noch aus der engl. Litteratur eine Reihe ähnlicher Fälle an. Bei diesen waren die Purpurflecke nicht notwendig permanent; einige verschwanden sogar vollständig. Auch beim Kropf hat S. Neigungen zu Blutungen konstatiert; von 183 Fällen waren 31 Bluter.

Bei vielen Frauen tritt die Neigung zu Blutungen während der Katamenien hervor. S. vermutet, dafs die aufserordentliche Verdickung der Adventitia der Arterien, welche ihre Kontraktionsfähigkeit herabsetzt, dem natürlichen Stillstand einer Blutung zu Hilfe kommt.

Hereditäre Syphilis. Owen (*Harveian Soc.* 1887. März 17) stellte ein 15jähriges Mädchen mit typisch syphilitischem Gesicht und mit Hutchinsonschen Zähnen vor. Mit 6 Monaten hatte das Kind eine Quecksilberkur durchgemacht. Mit 5 Jahren hatte Owen sie zuerst gesehen und ulceriertes Gumma in der Leistengegend, Ulceration der Mandeln und des Gaumens, Taubheit auf beiden Ohren, Hornhautentzündung und Entzündung der oberen Epiphyse der Ulna und Tibia beiderseits gefunden, Symptome welche sämtlich schnell verschwanden bei Anwendung von Jodkali. Ein Jahr später erschien eine Ulceration der Mandeln, gleichzeitig Periostitis des Schaftes der Ulna, welche zur Ablösung eines grofsen Teils der Oberfläche führte. Nunmehr litt sie an diffuser Ostitis beider Tibien, die sich verlängerten infolge der chronischen Entzündung der Epiphysenknorpel. Die Haut über den Schienbeinen war gleichfalls ulceriert. Sie erholte sich schnell bei Bettlage und Schmierkur.

Armstrong (*Brit. Med. Journal.* 1887. März 12) berichtet von einem 19jährigen Mann aus syphilitischer Familie. Er hatte ein typisch syphilitisches Gesicht. Als er am 16. März 1886 in das Newcastler Hospital aufgenommen wurde, litt er an interstitieller Keratitis, die ihren gewöhnlichen Verlauf nahm, bis am 20. Mai ein starker und heftiger Erguſs in beide Kniegelenke stattfand ohne jede lokale Entzündung oder Rötung. Die Temperatur stieg und er schwitzte. Es folgten ähnliche Ergüsse in beide Knöchel, Handgelenke und Ellbogen; jedoch war der Erguſs in die letzteren nicht sehr stark. Am 1. März 1887 war im Knie noch etwas Flüssigkeit und einige Schwierigkeit beim Biegen des rechten Knies. Die Schnelligkeit und Hartnäckigkeit der Affektion, die Abwesenheit lokaler Entzündungen und die Vermehrung der Beweglichkeit durch Erschlaffung der Sehnen unterscheidet diese Affektion von Rheumatismus, trotz des Steigens der Tem-

peratur und des Schwitzens. A. glaubt, dafs die Dentition vor dem fünften Monat ebenso häufig auf hereditäre Syphilis hinweist, wie die Dentition im 8. oder 9. Monat auf Rachitis.

Die Addisonsche Krankheit. Sturges (*Lancet.* 1887. April 2) referiert die Krankheitsgeschichte eines 16jährigen Knaben, der im Hospital starb, keine andern Symptomen zeigend als Braunfärbung der Haut, zunehmende Muskelschwäche und aufserordentliche Schwäche der Herzfunktionen. Konstantes Erbrechen, Steigen der Temperatur und Delirium stellten sich einige Tage vor dem Tode ein. Bei der Sektion waren alle Organe mit Ausnahme der Nebennieren gesund. Diese waren von einer gelben käsigen Konsistenz, stellenweise weich und wogen rechts 30,00 links 45,00 Gramm. Die Milz war gleichfalls vergröfsert, 300,00 g schwer, schwammig und geronnen. Wie in der Mehrzahl der Fälle, war der Knabe arm und beständig schlechtem Wetter ausgesetzt. Er war wie seine ganze Familie brünett; jedoch war sein Gesicht tief braun gleichwie sein Skrotum, sein Penis, seine Achselhöhlen und verschiedene Flecke auf dem Leibe und dem Rücken. Die Gesamtdauer des Falles betrug 9 Monate.

Eine Nervenaffektion im Gefolge der Masern. Colcott Fox (*Lancet.* 1887. April 16) berichtet den Fall eines vollkommen gesunden $4^1/_2$ Jahr alten Kindes, welches während des Abfalles des Masernexanthems von grofser geistiger Überreizung befallen wurde, ferner wurde es schlaflos, war unfähig sich aufzusetzen oder die Lippen zu bewegen und bekam Strabismus. Als Fox sie zum erstenmal sah, konstatierte er grofse Muskelschwäche, begleitet von unkoordinierten, allmählich zunehmenden Bewegungen des Kopfes und der Lippen. Gelegentlich Nystagmus, der Augenhintergrund war normal, ebenso die elektrische Erregbarkeit der Muskeln. Allmählich genas sie und wurde nach 7 monatlicher Krankheitsdauer aus dem Hospital entlassen. Gleichzeitig wurde ihr ein Jahr alter Bruder von Masern befallen; auch er kam wegen Pneumonie ins Hospital, zeigte aber keine auffallenden Erscheinungen; nach 5 Tagen starb er. — Barlow hat kürzlich einen Fall von disseminierter Myelitis beschrieben, welche während des exanthematischen Stadiums der Masern entstanden war.

Akute Purpura rheumatica. Macdonald (ebendaselbst) berichtet einen Fall, wie er ähnlich schon von Kinnicutt und Duhring in Amerika beschrieben ist. Ein 29jähriger, sonst ganz gesunder Arbeiter, wurde von Kopfweh und rheumatischen Schmerzen befallen, welche nach Verlauf einer Woche so heftig wurden, dafs er gezwungen war, zu Bett zu gehen. Während seines Bettaufenthaltes verschwanden die Schmerzen plötzlich. Bei der Untersuchung seiner Beine zeigte sich ein unvollkommen entwickeltes Exanthem, welches sich über den Rücken und die Innenfläche beider Oberschenkel symmetrisch ausbreitete. Es war rot, an einzelnen Stellen petechial, juckte nicht und wurde durch Druck nicht verändert. Aufser einer leichten

Temperatursteigerung fand sich das Allgemeinbefinden unverändert. Die rote Farbe wurde dunkler, aber die Haut war in 3 Tagen ganz normal.

Eine Lepra ähnliche Ulceration. Beaven Rake (Trinidad) berichtet in *Lancet* (1887. April 23) drei Fälle, welche mit falscher Diagnose in die Leproserie aufgenommen waren. Die Patienten standen in mittleren Jahren, zwei Hindufrauen und ein Neger. Die Krankheit bestand 12, 3 und 5 Jahre. Der zweite Patient war sehr heruntergekommen, der dritte phthisisch. Im zweiten und dritten Fall waren die Finger und Zehen vielfach verdreht, andre anchylosiert oder schwer beweglich. Beide zeigten leukodermische Flecke, aber die Sensibilität war überall erhalten. Alle hatten Ulcerationen an den Extremitäten, von denen einige oberflächlich lagen, andre den Knochen entblößt hatten. Von Lepra unterscheiden sich die Fälle 1. durch das Fehlen der Anästhesie, im ersten und dritten Falle bestand sogar Hyperästhesie; 2. weil keine Phalangen abgestoßen oder die Nägel deformiert sind; 3. weil in den Sekreten von 1 und 2 keine Bacillen bei Magentafärbung gefunden wurden. Im dritten Falle waren wenige Bacillen. R. vermutet, es handele sich um die auf Ceylon vorkommende Parangi-Krankheit, etwas verändert durch den Wechsel des Klimas. [Der Ref. bemerkt dazu, daß in M'Call Andersons *Treatise on skindis.* 1887 Dandford citiert wird, welcher die schrecklichen Folgen dieser Krankheit beschreibt. Die Knoten werden schließlich kariös, Hände und Füße verlieren ihre Sensibilität.]

Hauttransplantation. Dr. Keetly (*Lancet.* 1887. Febr. 19) mußte ein behaartes Muttermal entfernen, welches die ganze linke Wange eines 1 Monat alten Kindes bedeckte. Er entschloß sich, dasselbe durch einen Hautlappen vom Arm zu ersetzen (Operation nach Tagliacozzi). Es zeigte sich jedoch, daß ein so großer Teil der Armhaut nötig gewesen wäre, daß der gemachte Defekt nicht ohne große Narbenkontraktion hätte heilen können. Daher beschloß er, die Haut des Arms mit derjenigen des Gesichtes auszutauschen. Korrespondierende Hautstücke wurden bis auf eine Hautbrücke aus dem Arm und dem Maal ausgeschnitten und in ihre neue Lage gebracht. Elf Tage lang wurde der Arm fixiert, dann konnte die Brücke getrennt werden. Nach 9 Monaten zeigte das Gesicht nur noch einen unvollständigen Ring blasser Grübchen und lineärer Narben. Die Haut hatte die Farbe des übrigen Gesichts angenommen; das Mal am Arm war unverändert geblieben.

Payne (*St. Thomas's Hospital Reports.* Vol. XIV) gibt einen interessanten Bericht über 645 im letzten Jahre behandelte Hautkrankheiten heraus.

Ekzem, 169 Fälle. Männliche Kinder sind viel öfter befallen als weibliche, während es im späteren Leben umgekehrt ist.

Impetigo contagiosa, 73 Fälle. Die epidemische Natur der Krankheit trat deutlich zutage. In mehr als einem Falle war die Infektion durch eine oberflächliche Verletzung veranlaßt z. B. ein Panaritium.

Psoriasis, 50 Fälle. Von 30 Fällen, in denen eine genaue Krankengeschichte erlangt werden konnte, waren in 7 Fällen noch Psoriasiskranke in der Familie. Frauen werden öfter befallen als Männer, und besonders tritt dieser Unterschied im Kindesalter hervor.

Pemphigus, 9 Fälle. Einer derselben, ein 4 Jahr altes Mädchen, gehört zu einer Abart, welche PAYNE und W. LEGGE kürzlich beschrieben haben (*St. Bartholomeus Hosp. Rep.* Vol. 19). Die charakteristischen Merkmale sind: 1. Die Eruption ist nur bullös. 2. Sie ist kongenital oder entsteht wenigstens in frühester Kindheit. 3. Die Blasen entstehen durch jeden leichten äufseren Reiz und fast nie ohne einen solchen. 4. Manchmal finden sich Hämorrhagien in den Blasen. 5. Die Nägel der Hände und Füfse sind bemerkenswerter Weise affiziert. Manchmal sind sie nämlich verdickt und mifsgestaltet, manchmal fallen sie allesamt aus; jedoch wachsen sie im letzteren Falle stets wieder. 6. Arsenik oder andre Droguen haben auf die Krankheit keinen Einfluſs. Sie scheint unheilbar zu sein, wenn auch das Allgemeinbefinden auf die Hautkrankheit zurückwirkt. 7. Mit Syphilis oder einer andern Diathese hat die Krankheit nichts zu thun. PAYNE hat drei solche Fälle gesehen, LEGGE zwei in einer Familie. [Ref. hat auch einen ähnlichen Fall bei einem nervösen, 5jährigen Knaben aus sehr gesunder Familie gesehen; jedoch waren in diesem Falle die Nägel nicht ergriffen, und die Blasen waren meistens hämorrhagisch; sie waren fast ganz auf die Extremitäten beschränkt. PAYNE würde es „traumatische pemphigusähnliche Blaseneruption" nennen.]

Hydroa (Dermatitis herpetiformis, DUHRING). 1 Fall bei einem 18 Monate alten Knaben mit Bläschen und Blasen, welche schubweise auftraten und 8—10 Tage bestehen blieben; manchmal gerieten sie in Eiterung. Sie wurden erfolgreich mit Liquor Fowleri behandelt.

Tinea. Bei einer Gouvernante, welche zwei an Trichophyton capitis leidende Kinder zu erziehen hatte; sie erkrankte mit kahlen Stellen auf dem Kopfe, auf welchen abgebrochene Haare vorzufinden waren. Der Fall ist interessant wegen der Entstehung von Alopecia areata aus Tinea. In diesem Falle fand sich kein Pilz in den Haaren.

Akne. Unter diesem Titel beschreibt P. eine wohl oft gesehene aber bisher noch nicht beschriebene Krankheitsform. Sie besteht in der Entwickelung von seborrhoischen Flecken oder Komedonen am oberen Teile der Stirn und der angrenzenden Partie des behaarten Kopfes. Sie hatten die gewöhnlichen Eigenschaften der Komedonen und lieſsen sich leicht ausdrücken. Einige waren entzündet und bildeten Pusteln, jedoch keine Induration wie die gewöhnliche Akne. Die Haut ringsum war fettig. Wo die Komedonen in den Haaren safsen, waren die letzteren selbst nicht erkrankt. Am bemerkenswertesten war, dafs die Krankheit durch ein 2—3 Zoll breites quer über Stirn und den behaarten Kopf laufendes Band begrenzt war. Die übrige Haut war vollkommen gesund. Ein lokaler Reiz war nicht nachzuweisen, und auch bei genauer Untersuchung fanden sich

weder tierische noch pflanzliche Parasiten. Der Patient war ein 13jähriger, sonst ganz gesunder Knabe. Waschungen mit Seife und Einreibungen mit weifser Präzipitatsalbe bewirkten bald Heilung. [P. glaubt, diese seltene Affektion sei nur in London beobachtet worden, jedoch hat der Referent einen ganz ähnlichen Fall in seiner Stadt gesehen. Der Patient, ein sonst ganz gesunder Knabe, zeigte genau die oben erwähnten Symptome; nur hatten die Komedonen Pusteln gebildet.] P. vermutet, es möchte sich um das leichte, akute Stadium von Akne varioliformis handeln.

Lupus. P. verbessert Doutreleponts Sublimatbehandlung des Lupus durch Auflösen des Sublimats in Kollodium statt in Wasser.

℞ *Hydrarg. bichlorat.*	0,25
Collodium	30,00

In dieser Form kann der Arzt den Uberzug selbst anwenden und ist so sicher, dafs die Behandlung ordentlich durchgeführt wird. In allen Fällen bekommt man aber ein besseres Resultat, wenn zuerst das kranke Gewebe auf chirurgischem Wege zerstört ist.

Lupus erythematosus. Begrenzte Flecke mit deutlich seborrhoischem Charakter scheinen leichter einer Behandlung zugänglich zu sein. Ausgebreitete oder multiple Eruptionen derselben Krankheit sind dagegen, besonders wenn der erythematöse Charakter vorherrscht, schwierig zu behandeln und manchmal hoffnungslos.

Lichen annulatus serpiginosus. (Wilson) [siehe *Monatshefte.* 1887. No. 10. pag. 477], von Nevins Hyde in Chicago. (*Brit. Med. Journal.* April 1887.) Verf. glaubt, dafs die gewöhnlich unter diesem Namen beschriebene Krankheit, obwohl sie von amerikanischen Autoren nicht mit unter den Begriff „Seborrhöe" gerechnet wird, doch in Übereinstimmung mit Fox als eine Form dieser Krankheit betrachtet werden kann. Hyde ist der Ansicht, dafs Wilson unter seine Beschreibung des Lichen a. serp. Fälle von Pityriasis rosea mit einrechnete, denn er sagt, die Ringe seines Lichen seien zahlreich, was bei Seborrhoea corporis nicht der Fall ist, während die von Fox beschriebenen Fälle in Wirklichkeit unter die Seborrhoea corporis der amerikanischen Schule fallen. Bei dieser letzteren Krankheit sind die Ringe wenig zahlreich; oft sind nicht mehr als 2—6 vorhanden, meistens sitzen sie über dem sternum, besonders bei Erwachsenen beiderlei Geschlechts, zumal wenn sie Neigung zum Wachsen langer Haare an diesen Stellen haben. Sie sind erbsen- bis münzengrofs, dunkelrot, grau oder schmutzig gelb gefärbt, mit charakteristischen fettigen Schüppchen bedeckt, mehr oder weniger dicht der unterliegenden Haut angeheftet, in welche sie stalaktitenförmige Fortsätze senden. Als weiteres Unterscheidungszeichen von Wilsons Lichen mag das rapide Wachstum des letzteren gelten, die mehlige Abschuppung, der glatte und gleichförmige Hof, welcher nur selten eine Spur von Bläschenbildung zeigt.

Röteln. Haig Brown (*Brit. Med. Journ.* 1887. April 16) veröffentlicht die Resultate seiner Beobachtungen in zwei Rötelnepidemien in der

grofsen Charterhouse-school bei London. Im Januar 1886 erkrankte ein Knabe 9 Tage nach den Ferien, und trotz der gröfsten Sorgfalt (Isolierung und Desinfektion) wurden 202 Kinder befallen. Der Ausschlag war den Masern ähnlich, aber nicht so dunkel, und jeder Fleck zeigte vor dem Zusammenfliefsen einen eignen Hof. Im Jahre 1884 waren 13 Fälle von Infektionskrankheiten in der Schule vorgekommen, welche alle der letzten Epidemie ähnelten mit Ausnahme des Ausschlages, welcher dem Scharlachexanthem glich. In keinem Falle stieg die Temperatur über 37,5 ° C., Erbrechen trat nicht ein, der Hals war nur leicht rot, keine Abschuppung an den Händen und Fufssohlen, keine nachfolgende Nephritis. Aber die hinteren Cervikaldrüsen waren vergröfsert, es bestand leichter Schnupfen und Conjunctivitis, und wichtiger als diese Symptome war die Thatsache, dafs 1. von den 13 fünf früher Scharlach überstanden hatten, und dafs 2. keiner von ihnen 1886 Röteln bekam, obwohl 9 von ihnen noch in der Schule waren und sich der Infektion aussetzten. B. hält es daher für klar, dafs Röteln zwei verschiedene Exantheme bilden, ein scharlachähnliches und ein masernähnliches, oder dafs wir unter dem Namen Röteln zwei in ihren allgemeinen Symptomen ähnliche, in der Eruptionsform jedoch verschiedene Krankeiten zusammenfassen, während beide verschieden sind von den fieberhaften Krankheiten, deren Exanthem sie nachahmen.

Prurigo hiemalis. Payne (*Brit. Med. Journ.* 1887. Mai 7) berichtet über mehrere Fälle, wie Duhring sie 1874 als Pruritus hiemalis und Hutchinson 1875 als Winterprurigo beschrieb. Das einzig Charakteristische der Krankheit ist das ausgebreitete Hautjucken, welches bei kaltem Wetter auftritt, besonders wenn die Luft trocken und kalt ist. Die Patienten fangen gewöhnlich an zu kratzen, sobald sie abends ihre Kleider abziehen, und können durch ihre empfindliche Haut eine kalte Nacht prophezeien. Andre leiden wieder besonders, wenn sie warm werden, weniger jedoch durch die direkte strahlende Hitze als durch indirekte Erwärmung. In Wirklichkeit macht ein Temperaturwechsel mehr Reizerscheinungen als absolute Kälte, und die Trockenheit der Luft ist auch ein wichtiger Faktor. Die einzige Erscheinung auf der Haut tritt im Gefolge der Reizung auf, nämlich kleine harte Papeln, welche nicht in Blasen übergehen, und die an der Streckseite der Arme und Beine, selten am Rumpf auftreten. Bei allen juckenden Hautkrankheiten ist es im wesentlichen ebenso. Die Behandlung ist keine befriedigende, jedoch kann durch das Tragen weicher warmer Unterkleider dicht auf der Haut, durch Einreiben mit öligen Substanzen, wie Glycerin, Vaselin oder Olivenöl, Erleichterung verschafft werden. Die meisten Patienten bevorzugen Glycerin. Chloralhydyrat kann nachts gegeben werden, wenn die Krankheit den Schlaf stört.

Molluscum fibrosum und multiple Fibroneurome. Payne (*Path. Soc. London.* 1887. Mai 21) zeigte derartige Geschwülste, welche von einer 43 Jahre alten Frau stammten, deren Körper seit ihrer Kindheit mit fibrösen

Tumoren bedeckt war. Im linken Plexus brachialis saſs ein wallnuſsgroſser Tumor, welcher im Leben viele Schmerzen verursachte; er war von mehreren kleineren umgeben. Die Struktur aller zeigte den gewöhnlichen fibrösen Typus; aber während in der Mitte der Achselhöhlentumoren Nerven nachgewiesen werden konnten, war es weder durch Osmiumsäure noch durch eine andre Färbemethode möglich, in den Hauttumoren Nerven zu finden, obgleich in ihrer Nähe welche gesehen wurden. Dieses Resultat scheint daher nur theilweise Recklingshausens Ansicht zu bestätigen, daſs die Hauttumoren in solchen Fällen wahre Neurofibrome seien.

Zur Verdeckung des Jodoformgeruches. Neale findet (ebendaselbst), daſs zwar frisch gemahlener Kaffee den Geruch des Jodoforms verdeckt; jedoch hält diese Wirkung nur kurze Zeit vor. Wenn man jedoch den Kaffee mit einem heiſsem Fett mengt, so nimmt dasselbe die desodorisierenden Substanzen dauernd auf, und man erhält so auch nach Zusatz von Jodoform eine weiche geruchlose Salbe.

Die Nomenklatur der Hautkrankheiten. Liveing (*Brit. Med. Journ.* 1887. Mai 7) plaidiert für die Einführung einer internationalen Terminologie für Hautkrankheiten, um der jetzt herrschenden Konfusion ein Ende zu machen. Zu diesem Zwecke will er einfache Namen, wie Lepra, Zona, Area, an die Stelle der längeren Bezeichnungen Elephantiasis Graecorum, Herpes Zoster, Alopecia areata setzen und überhaupt die beschreibenden Ausdrücke durch einzelne Wörter ersetzen. L. tritt der durch Hutchinson allgemein verbreiteten doppelten Benennung der Hautkrankheiten mit Recht entgegen, ohne der Bedeutung Hutchinsons als eines klinischen Beobachters zu nahe treten zu wollen. Er glaubt, es sei nur ein Zeichen einer unvollständigen Diagnose, wenn Namen gebraucht würden wie „Lichen-Psoriasis“, „Ekzema-Erysipelas“ etc. Derselbe Vorwurf trifft natürlich die Anwendung der Namen mancher Hautkrankheiten zur näheren Bezeichnung von Syphiliden, wie Pemphigus syphyliticus, Lupus syphiliticus etc. B. will auch nichts wissen von Bezeichnungen wie Pemphigus und Hydroa für die durch gewisse Droguen hervorgerufenen Hautkrankheiten. Das sind Eruptionen und keine Krankheiten, wie alle Autoren angeben, und sie sollten deshalb nicht durch ihren Namen mit den Krankheiten, welche sie repräsentieren, verwechselt werden.

Manchester. Brooke.

(Übersetzt von Dr. Appel in Altona.)

---

60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden.

Ferner angemeldete Vorträge:

Chotzen (Breslau): Gewebeveränderungen bei subkutanen Kalomelinjektionen.

Lesser (Leipzig): Vier neue Fälle von Ringelhaaren.

Internationaler medizinischer Kongreſs in Washington 1887.

Zur Abreise nach Amerika empfehlen sich für die deutschen, nordischen und russischen Dermatologen, welche aufser den Kongreſs auch die Jahresversammlung der American Dermatological Association (31. August bis 2. September in Baltimore) besuchen wollen: Von Hamburg aus das Schiff: Rhaetia, welches am 14. August von Hamburg, am 16. August von Havre abfährt (Retourbillet I. Kl. 360 M.); von Amsterdam aus das Schiff: Zaandam, welches am 13. August in See geht (Retourbillet I. Kl. 340—400 M.).

Für diejenigen Kollegen, welche erst zum Kongresse selbst eintreffen wollen, sind folgende Dampfer zu empfehlen: Von Hamburg aus: Gellert; Abfahrt: 21. August, von Hâvre 23. August; von Rotterdam aus: Leerdam; Abfahrt: 20. August.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Zuelzer. *Zur Perkussion der Niere.* (Berliner klinische Wochenschrift. 1887. No. 21.)

— *Demonstration eines neuen Uroskops.* (Ebenda. 1887. No. 20.)

Jackson. *Baldneſs what can we do for it?* (The Medical Record. April 7. 1887.)

Hansen. *La septicémie inoculée des baleines par les flèches.* (Archives de biologie. Bd. VI. 1885.)

Baumgarten. *Über das Jodoform als Antiparasiticum.* (Berliner klinische Wochenschrift. 1887. No. 20.)

Güntz. *Der Coccus gonorrhoicus in seiner Bedeutung für eine rationelle Behandlung des ansteckenden Harnröhrenausflusses insbesondere mit Zinkstäbchen.* (Memorabilien. 1886. Heft 8.)

Report by Collective Investigation committée of the norwegian medical Association. Christiania 1887.

Lewin u. Posner. *Zur Kenntniſs der Haematurie.* (Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften. 1887. No. 20.)

Callias. *Étude clinique de la Résorcine.* Paris. G. Steinheil.

Hiorth. *Nogle Undersøgelser om parasitaere Haarsygdomme, saerlig Skurr, paa Kristiania Almuskoler.*

— *Et Tilfaelde af idiopatisk multipelt Pigmentsarkom* (Kaposi).

Frommhold-Treu. *Über die Beeinflussung der peripheren Gefäſse durch Hautreizmittel und den electrischen Strom.* Inauguraldissertation. Dorpat 1887.

Lübbert. *Biologische Spaltpilzuntersuchung. Der Staphylococcus pyogenes aureus und der Osteomyelitis coccus.* Würzburg 1886. Stahelsche Universitätsbuch- und Kunsthandlung.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 15. 1. August 1887.

Die Prostitutionsfrage in St. Petersburg.

Von

Dr. O. Petersen

in St. Petersburg.

I.

Der seit vielen Jahren auf dem Gebiete der Prostitutionsfrage eifrig thätige Oberarzt des Kalinkinhospitals für weibliche venerische Kranke, Dr. E. Sperk, regte im Jahre 1885 bei der Stadtverwaltung die Frage einer Reorganisation des polizeilich-ärztlichen Komitees an, da die bisherige Organisation durchaus unzureichend, und seine Thätigkeit einfach darin besteht, Listen der Prostituierten zu führen und die bei den wöchentlichen Besichtigungen erkrankt Befundenen ins Hospital zu senden. Zum Schluſs seines in der städtischen Sanitätskommission gehaltenen Vortrages machte Sperk folgende Vorschläge:

1. Jedes Frauenzimmer, welches sich offiziell mit der Prostitution beschäftigen will, muſs sich einer genauen Besichtigung unterwerfen, und wird sie nur dann in die Listen aufgenommen, wenn sie vollkommen frei von Syphilis ist.

   [Bisher werden alle Weiber, ob krank, ob gesund, wenn die Inspektoren sie bei Ausübung der geheimen Prostitution treffen, in die Listen eingetragen. Ref.]

2. Die eingetragenen Weiber müssen periodischen Besichtigungen unterzogen werden. Die krank Befundenen werden ins Hospital gesandt. Über die frisch mit Syphilis Erkrankten oder die im kondylomatösen Stadium Befindlichen

wird ein Akt aufgenommen und werden sie aus den Listen der offiziell Prostituierenden ausgeschlossen.

3. Die Ausgeschlossenen werden erst dann wieder aufgenommen, wenn sie bei regelmäfsigen periodischen Besichtigungen sich im Verlaufe von wenigstens einem Jahre stets als gesund erweisen.

Die städtische Sanitätskommission sprach sich in der Sitzung vom 29. Oktober 1885 dahin aus, dafs eine derartige Reorganisation des polizeilich-ärztlichen Komitees für Petersburg durchaus notwendig sei, da in dieser Stadt eine so grofse Zahl von Leuten wohnen, deren Familien in der Provinz geblieben. [Alljährlich kommen tausende von Arbeitern aus der Provinz, und viele kehren nur alle 2—3 Jahre für kurze Zeit zu ihrer Familie zurück. Ref.]

Im Februar 1886 wandte sich das Stadthaupt von Petersburg an den Präses der russischen syphilidologischen Gesellschaft mit der Bitte, die Prostitutionsfrage für Petersburg einer eingehenden Diskussion zu unterwerfen.

Mit dem Referate in dieser Frage wurde der Privatdozent der militär-med. Akademie, Dr. P. Grazianski, betraut, welcher in weitschweifiger Weise die Sperkschen Vorschläge einer Besprechung unterwarf und damit endete, dafs er eigne Vorschläge brachte, wodurch die ganze Angelegenheit ungemein in die Länge gezogen wurde und die Sitzungen der syphilidol. Gesellschaft bereits länger als ein Jahr beschäftigt. Bevor wir auf die Diskussion eingehen, müssen wir die zwei Vorträge von Grazianski und den Vortrag von Sperk (die Arbeiten beider sind als Broschüren erschienen) eingehender referieren:

I. P. Grazianski, Zur Frage über die Reglementation der Prostitution (Vorträge vom 26. April und 1. Nov. 1886 in der russ. syphilidol. Gesellschaft).

G. beginnt unnötigerweise mit den Verhältnissen, welche bei der Verbreitung der Syphilis unter der Landbevölkerung mitspielen und verweilt dann längere Zeit bei den Schwierigkeiten, welche sich überhaupt beim Kampfe mit der Prostitution geltend machen. Darauf sucht er die Sperkschen Vorschläge anzugreifen und

meint, wenn sie angenommen werden, so würde folgendes Resultat gewonnen werden:

1. Die Thätigkeit des polizeilich-ärztl. Komitees als sanitäres Bureau würde „unter Null fallen, d. h. ein negatives Resultat geben."

2. Entstehung von Zentren der Infektion, wenn die öffentlichen Häuser nicht aufhören zu existieren, in welchen die gesunden Weiber in kurzer Zeit syphilitisch werden müssen und das Publikum weiter infizieren bis zu dem Moment, wo sie ausgeschlossen werden, worauf sie Syphilis überall weiterverbreiten werden.

3. Führt die Maſsregel zur Schlieſsung der öffentlichen Häuser, so wird die unkontrollierte geheime Prostitution äuſserst verstärkt.

4. Die Gesellschaft wird durch Subjekte belästigt, welche unfähig zur Arbeit [zu welcher? Ebenso schön wie unverständlich gesagt! Ref.].

5. Verbreitung der Syphilis nicht nur in der Residenz, sondern auch überall, in den Dörfern etc.

6. Es wird damit ein zum mindesten ungerechtes Verhältnis zur Gesellschaft geschaffen und zugleich die grausamste, ungerechte Strafe der infizierten Person [was G. mit dieser Phrase hat sagen wollen, bleibt durchaus unverständlich und zwar umsomehr, als er auf pag. 13 sagt, daſs die Infizierten unter keiner Bedingung aus den offiziellen Listen ausgeschlossen werden dürfen (also auch, wenn sie es selbst wünschten?), anderseits aber spricht sich G. entschieden gegen jede Zwangsmaſsregel aus (pag. 6)].

Mit diesen Schlüssen beendet G. seinen Vortrag am 26. April und mit denselben beginnt er seinen Vortrag am 1. Nov. wieder, in welchem er nun seine eignen Maſsregeln zur Bekämpfung der Syphilis darlegt und zwar:

1. Alle Personen, welche sich mit Prostitution offiziell beschäftigen und mit Syphilis infiziert sind, sind auf eine gewisse Zeit in Kolonien, **Arbeitshäuser,** Spezialhospitäler etc. zu entfernen, d. h. also, daſs G. mit Sperk darin übereinstimmt, daſs die Syphilitischen für längere Zeit aus der Zahl aktiver Prostituierter zu entfernen sind; oder soll das med.-polizeiliche Komitee Kolonien und Arbeitshäuser

gründen? Wie er die Kolonien sich organisiert denkt und ob sie praktisch durchführbar, darüber verlautet nichts. Ganz unverständlich bleibt aber, wie G. die Infizierten in den „Kolonien und Arbeitshäusern" festhalten, ja wie er sie überhaupt hineinbringen will, wenn er selbst in der Einleitung seines ersten Vortrages sagt (pag. 6): „Ich bin überzeugt, dafs man keinerlei Strafe ausdenken kann aufser Einzelhaft, welche die also für die Dauer der kondylomatösen Periode Bestraften, d. h. die Infizierten, für die Dauer von 2—3 Jahren zwänge, sich von dem physiologischen Geschlechtsdrange loszusagen." Oder denkt sich G. vielleicht derartige syphilitische Kolonien, wo die infizierten Männlein und Weiblein ein still vergnügtes syphilitisches Stillleben führen und syphilitische Generationen produzieren?

2. Aufser der Weiber-Besichtigung müssen in den öffentlichen Häusern auch die Männer besichtigt werden.

[Dieser Vorschlag ist durchaus richtig und wichtig. Wenn G. jedoch mit Emphase ausruft, er mache seit 15 Jahren bereits zum vierten mal diesen Vorschlag, und sich damit gegen SPERK die Priorität aneignen will, so ist das leider nicht richtig, denn SPERK hat diesen Vorschlag doch bereits schon früher gemacht. Ref.]

3. Einführung von Präservativen in den öffentlichen Häusern im weitem Mafsstabe.

Dabei hält G. folgendes für nötig: „1. Das wünschenswerte Präservativ mufs in einem Flacon enthalten sein, welches das Aussehen hat, als ob es aus der Apotheke verabfolgt und noch nicht in Gebrauch war. [Warum?] Auf der Signatur mufs die Gebrauchsanweisung angegeben sein. [Wenn aber der Bordellbesucher nicht zu lesen versteht?] Ohne diese scheinbar kleinen Nebenumstände wird das Präservativ nie gebraucht werden [warum?], aus Zartgefühl der Bordellbesucher, weil, wenn die Flasche bereits aufgemacht gewesen, die Besucher des öffentlichen Hauses dann denken werden, es könnte schon gebraucht sein [auch wenn z. B. die Flüssigkeit klar ist?]. 2. In allen Schlafzimmern [soll heifsen der öffentlichen Häuser] soll dieses Präservativ Tag und Nacht in der gehörigen Quantität, d. h. 10—15 Flacons [Gröfse der Flaschen nicht angegeben!] vorhanden sein. 3. Im Gesellschaftssaal, wo die puellae publicae die Gäste erwarten, sollen Bekanntmachungen bezüglich

des vorgeschlagenen Präservativs ausgehängt sein, in welchen nicht nur Gebrauch und Nutzen [!] mitgeteilt, sondern auch erwähnt werde, dafs jeder Besucher es verlangen [!] kann, wenn er es wünscht." — Das ist nun alles sehr hübsch, nur eine Kleinigkeit fehlt: was ist ein Präservativ gegen Syphilis? Das konnte während der Diskussion G. selbst nicht mitteilen, und somit mufs dasselbe noch eine unbekannte Gröfse bleiben, mit welcher G. rechnet! Wir haben diese Präservativvorschläge „genau" wiedergegeben, um die „Wissenschaftlichkeit und das Praktische" der G.schen Vorschläge zu beleuchten.

4. Die in den öffentlichen Häusern lebenden Prostituierten sind in 2 Kategorien zu teilen; in die eine kommen die gesunden und gummösen Weiber, in die andre die in der kondylomatösen Periode Befindlichen.

Während sich die G.sche Arbeit durch Theoretisieren, Schwerfälligkeit im Stil und Mangel an Daten auszeichnet, bietet die nun folgende Sperksche Arbeit ein reiches Material, basiert auf jahrelangem Sammelfleifs und gründlicher, eingehender Kenntnis der Verhältnisse der Prostitutionsfrage.

II. E. Sperk. Wissenschaftliche Data, welche als Grundlage zu der der städtischen Sanitätskommission vorgeschlagenen Reform der med.-polizeil. Mafsregeln zur Reglementierung der Prostitution und zur Einschränkung der Syphilis dienen können. (Vortrag vom 28. Februar 1887 in der russischen syphilodol. Gesellschaft.)

Einleitung. Das Objekt der Beobachtung, die Untersuchungsmethode und der Indikator der Morbilität. Um ein haltbares Objekt der Beobachtung zu erhalten, hat Sperk, sich den Ideen Lewins, Körösis und andrer anlehnend, seit dem Jahre 1876 begonnen, eine nach Tagen, Wochen und Jahren eingeteilte Tabelle zu zeichnen, auf welcher bis jetzt bereits 1071 Prostituierte eingetragen sind und die bereits die Länge von 10—12 m darbietet. Auf dieser Tabelle wird von Beginn der Erkrankung an jedes einzelne Recidiv und sonstige venerische Erkrankung, d. h. jeder Wiedereintritt ins Hospital und Dauer des Aufenthaltes daselbst nach Tagen notiert und

erhält man auf diese Weise einen Indikator der Morbilität für die Dauer vieler Jahre. Aufserdem ist im Kalinkinhospital seit derselben Zeit das Kartensystem eingeführt. Jede Patientin wird bei ihrem ersten Eintritt auf eine Karte notiert, und bei jedem Wiedereintritt werden die Symptome, sowie etwaige Veränderungen im Beruf etc. verzeichnet. Von diesen Karten aus werden die Data auf die Tabelle übertragen.

1. Welche Krankheiten verfolgt das polizeil.-ärztl. Komitee und welche Mafsregeln ergreift es dazu?

Der erste Fehler bei der gegenwärtigen Organisation des Komitees ist, dafs es alle 3 venerischen Leiden in gleicher Weise verfolgt. Urethritis und Ulcus molle als lokale Leiden können durch Besichtigungen (die allerdings nicht zweimal wöchentlich, wie es in Petersburg üblich ist, sondern täglich durch eine Feldscherin vorgenommen werden müssen) leicht erkannt werden; anders steht es mit der Syphilis, wo jede Erscheinung fehlen kann, und doch ist das Blut beim Coitus entstandener Risse infizierend, da helfen also alle Besichtigungen nichts. Rechnen wir die Dauer der kondylomatösen Periode 2—3 Jahre (mit durchschnittlich 4 Recidiven), so kann man sich leicht denken, wie viel Männer durch Plaques und Kondylome etc. auch noch infiziert werden; daher darf ein Weib in der kondylomatösen Periode nicht zur Prostitution zugelassen werden. Leider herrscht noch überall die Illusion, dafs strenge Besichtigung die Syphilisinfektion verhindern könne, und mit dieser Ansicht mufs gebrochen werden, denn mit den bisherigen Mitteln, „Inspektion und Absendung ins Hospital", erreicht man zu wenig. Zudem ist es für den Arzt beleidigend, wenn das Gesetz ihn zwingt, falls er bei der Besichtigung keine Zeichen findet, den Stempel „gesund" ins Buch der Prostituierten einzutragen, welche Syphilis vor kurzem gehabt und durch ihr Blut infizieren kann.

2. Der Kreis der Thätigkeit des med.-polizeilichen Komitees.

Die Bevölkerung Petersburgs besteht ans:

373037 Männern,
302045 Weibern,
186821 Kindern (unter 16 Jahren)

und jede Kategorie unterliegt verschiedenen Ansteckungsarten (per coitum, durch direkten extragenitalen Kontakt, durch Zwischenträger, wie Wäsche, Gefäfse etc.) und durch Heredität. — Die Männer infizieren sich vorherrschend per coitum; extragenital nur selten [in Petersburg nach PETERSEN 1,9%, in Riga 1,3% (GRÖDINGER), in Kronstadt 0,5% (BOGULJUBOW), in Paris 4,3% (MAURIAC)]. Die Infektion per coitum erfolgt meist in den öffentlichen Häusern; nach PETERSEN infizierten sich von 945 Pat. des Alexanderhospitals in öffentlichen Häusern 38,6%, von puellae publicae 31,5%. Dies stimmt mit den Angaben von VINTRAS und EVANS. Meist aber treten jetzt in die öffentlichen Häuser bereits mit Syphilis infizierte Weiber. Nach den Daten des Kalinkinhospitals von 10 Jahren sind bereits 70% der in den öffentlichen Häusern Eintretenden schon vorher syphilitisch, also nur 30% gesund. Die weibliche Bevölkerung infiziert sich schon häufiger extragenital. 1874—75 traten 50 Fälle dieser Art Infizierte ins Kalinkinspital (24,3%), vorherrschend mit Initialsklerose der Mamilla. Laut Zahlen der Ambulanz desselben Hospitals für 1886 14,9%. KLINK gibt die Zahl 17,2%, MAURIAC 6,5% Bezüglich der genitalen Infektion ergab sich bei SPERK, dafs von 6913 im Kalinkinhospital behandelten Weibern nur 16% sich in den öffentlichen Häusern infiziert hatten, 84% dagegen vor Eintritt in dieselben oder ohne in dieselben überhaupt einzutreten. Ferner weist S. auf das interessante Faktum hin, dafs die Weiber gewöhnlich erst dann daran denken, in die öffentlichen Häuser einzutreten oder Prostituierte zu werden, wenn sie bereits syphilitisch geworden, folglich nicht mehr als Dienstboten, Arbeiterinnen etc. gehalten werden.

Die Kinder im Alter bis zu 5 Jahren sind vorherrschend hereditär syphilitisch oder beim Säugen infiziert. Im Alter von 10—15 Jahren werden sie in den Werkstätten als Lehrlinge extragenital infiziert. Wir sehen also, dafs eine ganze Reihe von Syphilisinfektionen aufserhalb des Bereiches des polizeil.-ärztl. Komitees liegt.

3. Kann die Thätigkeit des polizeil.-ärztl. Komitees sich auf die öffentl. Häuser beschränken? S. weist nach, wie häufig die Weiber aus der einen in die andre Kategorie über-

gehen, bald leben sie einzeln, bald im öffentl. Hause. Ferner gibt es viele Männer, die niemals „Bordelle“ besuchen oder besuchen dürfen (Zöglinge der Lehranstalten), und resultiert daraus, dafs das Komitee sowohl über die „öffentlichen Häuser“, wie auch über die Einzelwohnenden zu wachen hat.

4. Organisation der Mittel zum Kampf mit der Syphilis aufserhalb der Prostitutionsklasse.

Es ist Sperk der Einwurf gemacht worden, dafs, wenn die Infizierten aus den Listen der Prostituierten ausgeschlossen sind, sie desto mehr ohne Kontrolle infizieren werden. Das wird nach S. nun nicht der Fall sein, denn geheime Prostituierte kohabitieren viel seltener, wie die in öffentlichen Häusern Befindlichen, die es täglich ex officio so und so viel mal thun müssen. Ferner mufs berücksichtigt werden, dafs die Prostituierten russischer Herkunft (meist aus den Gouvernements der Umgegend Petersburgs) aus der dienenden und arbeitenden Klasse stammen. Werden sie nun aus den Listen gestrichen, so kehren sie meist zu ihrer früheren Arbeit zurück und achten auf ihre Gesundheit, damit sie den Dienst nicht verlieren. Das Komitee mufs darauf achten, dafs sie nicht prostituieren. Ferner ist noch zu bedenken, dafs ja alljährlich ein grofser Prozentsatz der Prostituierten freiwillig austritt (1872—74 traten 1238 Personen freiwillig aus, darunter 41,2 % mit Syphilis Infizierte), ohne dafs ihnen auch nur jemand Verhaltungsmafsregeln auf den Weg gab. Das mufs aber in Zukunft geschehen. Bemerkenswert ist auch noch die Thatsache, dafs unter den 900000 Einwohnern Petersburgs tausende von Männern im infektiösen Stadium der Syphilis sich befinden, desgleichen ca. 2000 Weiber aller möglichen Professionen und eine unbekannte, aber auch nicht geringe Anzahl von Kindern, die ebenfalls infektiös. Alle diese stehen aufserhalb der Kontrolle des med.-polizeil. Komitees. Und trotzdem kommt alljährlich höchstens eine Zahl von 10—20 extragenitalen Infektionen vor, während oft in den Dörfern[1] wahre Endemien extragenitaler Infektion gefunden werden. Dieses erklärt sich daraus, dafs man in den Städten reinlicher ist, und die

[1] Es wäre interessant zu erfahren, wie es mit der Syphilis unter der Landbevölkerung Deutschlands, Englands u. s. w. steht, bisher fehlen uns alle Nachrichten darüber. Ref.

leicht erreichbare ärztliche Hilfe alle sichtbaren und infizierenden äufsern Affektionen der Syphilis schnell zum Schwinden bringt. Jedenfalls ist die extragenitale Infektion bei einer gewissen Reinlichkeit recht schwer. Man braucht dieselbe also nicht bei den Weibern zu fürchten, welche aus den „Listen" ausgeschlossen werden. Um aber überhaupt gegen die Syphilis zu kämpfen, genügen med.-polizeil. Komitees allein nicht, dazu ist noch folgendes nötig:

1. Das med.-polizeil. Komitee mufs die Weiber belehren und damit bekannt machen, wie sie Übertragung der Syphilis vermeiden können.

2. Alle Hospitäler und Spezialambulatorien müssen es mit als ihre Aufgabe ansehen, den Infizierten Ratschläge zu geben, wie sie die Infektion ihrer Umgebung vermeiden können.

3. Jeder Spezialarzt mufs verpflichtet sein, jedem seiner Syphilispatienten genau zu erklären, wie er die Übertragung seines Leidens zu verhindern hat. Die Spezialärzte haben übrigens (natürlich die Reklamehelden und Publizisten auf den letzten Seiten der Zeitungen ausgenommen) schon viel zur Verhinderung der Ausbreitung der Syphilis gethan. Dank ihrer Thätigkeit ist die Familiensyphilis aus den Städten verschwunden.

4. Der Gesundheitszustand auf den Fabriken ist eingehend zu studieren, um auch da entsprechende Verbesserung der gemeinsamen Lebensverhältnisse einzuführen.

5. Die Kinder in den Findelhäusern sind genauer als bisher zu kontrollieren.

6. Die ganze Bevölkerung mufs für den Kampf gegen die Syphilis in geeigneter Weise interessiert werden.

Nach Darlegung des wiedergegebenen Sachverhaltes gibt SPERK folgende Schlufsfolgerungen:

1. Die der städtischen Sanitätskommission gemachten Vorschläge bestehen darin, dem med.-polizeil. Komitee die Aufgabe, gegen die Syphilisausbreitung in Petersburg im allgemeinen zu kämpfen, abzunehmen und seine Thätigkeit ausschliefslich darauf zu beschränken, ein möglichst gesundes Material von Prostituierten zu schaffen, und dieses bedeutet durchaus nicht, seine Thätigkeit auf „Null" zu reduzieren [wie das Herr GRAZIANSKI zu behaupten für gut befunden hat]. Das Komitee hat wie bisher die sich mit

geheimer Prostitution Beschäftigenden aufzufinden und zu untersuchen. Die Gesunden können in die Listen eingetragen, die Kranken müssen ins Hospital geschickt werden, wobei ihnen zu erklären ist, dafs sie nicht inskribiert werden können vor Ablauf einer gewissen Zeit, wobei ihnen ihr Zustand klarzumachen ist.

2. Alle Inskribierten sind periodisch zu besichtigen, die an Syphilis Erkrankten werden wie eben vorgeschlagen behandelt (d. h. durch zeitweiligen Ausschlufs).

3. Eine ordentliche Aufsicht über die Ausgeschlossenen mufs de fakto und nicht pro forma installiert werden (soweit es möglich ist und wobei die Spezialärzte und Sanitätsärzte mitwirken können, indem sie bei ev. Recidiven die Patientinnen immer auf die Weitergabe der Krankheit aufmerksam machen).

4. Die Ausgeschlossenen werden nur nach genauer Besichtigung und Überzeugung, dafs die kondylomatöse Periode wahrscheinlich zu Ende, wieder in die Listen aufgenommen.

5. Das Komitee mufs bei sich einen Morbilitätsindikator einführen, um mittels desselben jederzeit sich über den Gesundheitszustand jeder einzelnen Prostituierten Klarheit schaffen können, bezüglich der Recidive und der Zeit die seit dem Infektionsanfange verflossen.

Gegen die Syphilisverbreitung in der übrigen Bevölkerung aufser den Prosituierten müssen Hospitäler, Spezialärzte und die Sanitätsärzte sorgen.

Zum Schlufs spricht sich Sperk noch dahin über den Zweck seines Vortrages und seiner Vorschläge aus, dafs er verlange, dafs alle diejenigen Regeln, welche die Wissenschaft hinsichtlich der Prophylaxis für jede einzelne Privatperson geschaffen, auch in der allgemeinen Prophylaxis Anwendung finden müssen. Wenn wir zum Schutze einer Person, welche in die Ehe treten will, alles anwenden, was uns die Wissenschaft gelehrt, so müssen wir dasselbe um so mehr thun, wenn es sich um „Tausende“ handelt, welche die Prostitution als „Surrogat“ zu benutzen gezwungen sind.

Über die diesen beiden Vorträgen folgenden Diskussionen in der „russ. syphilidol. Gesellschaft“ werden wir weiter berichten, sobald dieselben abgeschlossen und die Resultase endgültig formuliert sind.

Aëro-Urethroskop.[1]

Von

Dr. Géza von Antal,

ö. ao. Professor der Universität Budapest.

Mit 3 Abbildungen.

Die bis nun erzeugten Harnröhrenspiegel haben alle den Nachteil, daſs man mit denselben zu gleicher Zeit nur einen Punkt der Harnröhre betrachten kann, und man orientiert sich nur aus dem kombinierten Bilde, welches man während des Herausziehens des Instrumentes bekommt.

Diesem Nachteile abzuhelfen konstruierte Smith einen Drahtspiegel, dessen Branchen sich öffnen und so entsprechend der Länge des Instrumentes die Harnröhre, resp. deren vorderen Teil bis 6 cm, betrachtbar machen sollen.

Der praktische Wert dieses Instrumentes wird dadurch sehr herabgemindert, daſs die Schleimhaut der Harnröhrenwand sich zwischen die einzelnen Stäbe des Endoskopes einzwängt und gegen die Mitte des Spiegels dringt und so das Sehen nicht nur erschwert, sondern bei entzündeter Schleimhaut sogar unmöglich macht.

Vor kurzer Zeit konstruierte ich zu diagnostischen Zwecken ein Urethroskop, das auf der Dilatation der Harnröhre vermittelst atmosphärischer Luft beruht.

Das Instrument besteht aus einem 2—4—6 cm langen, mit Obturator *e* versehenen Rohre *a*, in dessen nach unten konkaven Ansatz *g* die Glans des Gliedes zu liegen kommt und welcher bei Emporziehen des Penis die Öffnung der Harnröhre luftdicht verschlieſst. Nach Einführen der Röhre *a* wird der okulare Teil *b* angefügt, welcher nach auſsen durch die unter 45° Winkel eingefügte Glasscheibe *c* ebenfalls luftdicht verschlossen ist. Am unteren Teile des Okularstückes befindet sich ein Seitenrohr *d*, durch welches man mittels eines Doppelballons Luft in die Harnröhre einführen kann.

An dem Okularende des Instrumentes wurde neuerer Zeit die Veränderung gemacht, daſs das Planglas *c* nicht im Trichter *b*

[1] Zum Teil bereits im *Centralblatt für Chirurgie* veröffentlicht.

selbst, sondern in einem, über denselben fest angebrachten Cylinder aus Hartgummi unter genau 45° Winkel angebracht ist. (Fig. 3.)

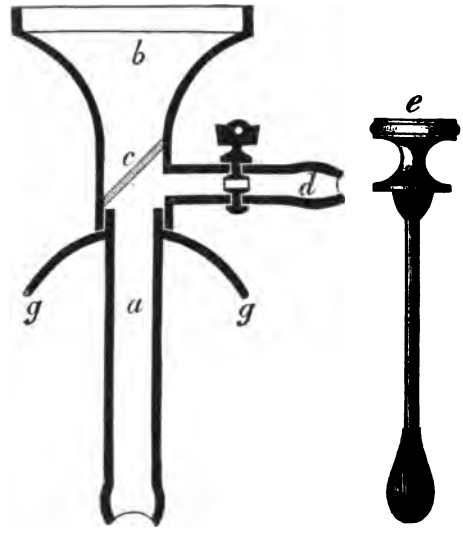


Fig. 1 u. 2.

Vor Gebrauch des Instrumentes ist — zur Vermeidung feuchter Niederschläge an der inneren Fläche der Glasplatte — das Okularende leicht zu erwärmen, ähnlich wie beim Kehlkopfspiegel.

Vor Gebrauch des Instrumentes wird die Harnröhre ausgespritzt, worauf das Rohr *a* eingeführt wird. Nach Entfernung des Obturators *e* wird das Ocularstück angefügt. Jetzt wird die Eichel fest an den konkaven Ansatz *g* angedrückt, die Harnröhre aber entweder vor dem Mastdarm entsprechend dem Bulbus, oder durch das Rectum entsprechend der Pars membranacea von einem Assistenten zusammengepreßt, wodurch das Eindringen der Luft in die Blase verhindert wird. Jetzt hält der Untersuchende den Penis senkrecht, und während er mittels des Reflektors das Sehfeld beleuchtet, kontrolliert er die Dilatation der Harnröhre, die durch Einströmen der Luft erzeugt wird, indem der Assistent mit seiner freien Hand den Ballon drückt.

Durch dieses Verfahren erhalten wir vom unteren Ende des Instrumentes gerechnet ein mehrere Zentimeter langes, deutlich zu überblickendes Sehfeld. Die Wand der Harnröhre dehnt sich nicht gleichmäfsig aus, es bilden sich quere Ringe, und das Bild gleicht dem der Trachea mit ihren Ringen. Infolge des Druckes wird zwar die Schleimhaut der Urethra etwas blasser erscheinen, doch sind die einzelnen Farbenveränderungen sehr deutlich zu erkennen. Durch ein längeres Instrument läfst sich auch die Pars bulbosa bis zur P. membranacea genau untersuchen.

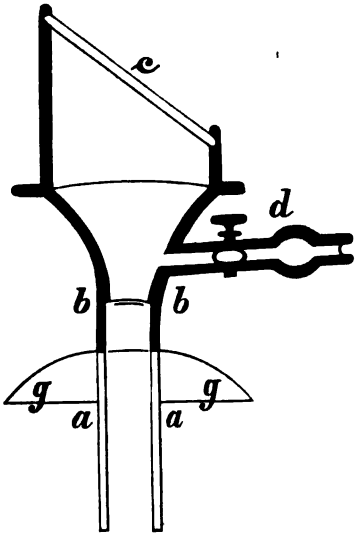


Fig. 3.

Wenn die Dilatation nicht über 1 cm fortgesetzt wird, verursacht dieselbe absolut keine Unannehmlichkeiten. In dieser Beziehung ist das Gefühl des Kranken das mafsgebende, da wir so lange die Dilatation fortsetzen können, bis sich der Kranke nicht über unangenehme Spannung beklagt. Bei meinen zahlreichen Untersuchungen kam mir kein Fall von Verletzung, Sprengung oder Blutung vor. Die in der Harnröhre eventuell befindliche Flüssigkeit fliefst an den tiefsten Punkt derselben ab und stört somit das Sehfeld nicht.

Behufs Untersuchung des vorderen Teiles der Harnröhre gebrauchen wir ein Instrument von nur 1—2 cm Länge. Sehr natürlich ist jener Teil der Harnröhre, der durch das Instrument bedeckt ist, unsichtbar; es kann jedoch mittels Spiegeln von verschiedener Länge die Urethra von der Fossa navicularis bis zur Pars membranacea, also deren längster und den Erkrankungen am meisten unterworfener Teil, untersucht werden.

Das reinste Bild erhalten wir, wenn wir nur einen 3—5 cm langen Teil der Harnröhre auf einmal betrachten, was wir so erreichen können, dafs wir die Harnröhre 4—6 cm unter dem inneren Ende des Instrumentes niederdrücken lassen. Bei gleichzeitiger Betrachtung eines längeren Teiles erscheinen die tieferen Partien unklar. Die Anwendung des Instrumentes erfordert einen Assistenten.

Was wissen wir von der Seborrhöe?*

Von

P. G. Unna.

Es gibt wenige Gruppen von Hauterkrankungen, über welche — nach der Darstellung unsrer Lehrbücher zu schliefsen — eine solche Übereinstimmung der Ansichten herrscht, und welche daher ein so gesichertes Fundament von elementaren Thatsachen und Beobachtungen aufweisen sollten, wie die seborrhoischen Dermatonosen. Während in fast allen sonstigen Kapiteln (etwa Callus und Clavus ausgenommen) jeder Autor sich sowohl in bezug auf die Ätiologie wie die nosologische Klassifikation seine Privatmeinung reserviert, scheint es hier den Autoren schwer zu werden, sich selbst von der überkommenen Formel zu emanzipieren. Von der Gesamteinteilung und Definition bis herab zu dem kleinsten Detail finden wir in allen Lehrbüchern dieselbe Lehre mit fast denselben Worten seit Rayer und Cazenave vorgetragen, als

* Diese kritische Übersicht schliefst sich dem Inhalte nach an eine von dem Verf. in *Schmidts Jahrbüchern*. 1882. Bd. 194 veröffentlichte an: Kritisches und Historisches über die Lehre von der Schweifssekretion.

wäre in dem verflossenen halben Jahrhundert die Physiologie und Anatomie der Haut ebenfalls stehen geblieben. Nur einzelne kritische Geister sahen sich zur Äufserung gewisser Zweifel, leichter Änderungen an Unwesentlichem veranlafst; eine Reorganisation von Grund aus, eine Kritik aller Lehrsätze auf Grund der anatomischen und physiologischen Thatsachen, welche seither gefunden sind, ist von niemand unternommen. Die Lehre von den Seborrhöen ist mithin der Hauptsache nach dort stehen geblieben, wo sie RAYER und BIETT in den zwanziger Jahren hinstellten. Ihre imponierende Abrundung und scheinbare Vollendung ist lediglich ein trauriger Beweis für die unkritische Übernahme alter Dogmen von Autor zu Autor, von Lehrbuch zu Lehrbuch.

Wenn es sich um pathologische Anhäufungen von fettigen Krankheitsprodukten und Sekreten handelt, hat man sich natürlich bei ihrer Beurteilung zuerst die Frage vorzulegen, woher das physiologische Hautfett stammt. Dafs RAYER, BIETT und CAZENAVE bei den zur Zeit noch durchaus ungenügenden Kenntnissen über die Sekretionsorgane der Haut alles Fett aus den „Follikeln" herleiteten, ist ihnen nicht zu verargen. Inzwischen erschienen aber die Abhandlungen von GURLT [1], KRAUSE [6] und MEISSNER [9.10], das Handbuch von KÖLLIKER [8], man lernte die beiden fettproduzierenden Sekretionsorgane der Haut: die Knäueldrüsen und Haarbalgdrüsen kennen, — und ungeachtet dessen finden wir Männer wie BÄRENSPRUNG (1859), ZEISSL (1860), F. HEBRA (1874) noch ganz auf dem alten Standpunkt stehen und sämtliche seborrhoischen Affektionen auf die Talgdrüsen allein zurückführen, als hätten nicht bereits KRAUSE, KÖLLIKER und vor allen MEISSNER unwiderleglich bewiesen, dafs auch die Knäueldrüsen Fett sezernierende Organe seien. Es ist noch heute jedem, der mit Ernst an unsre Wissenschaft herantritt, zu raten, diese klassischen Abhandlungen zu lesen, und er wird sich des Eindrucks nicht erwehren können, dafs die Folgezeit diesen Schatz von Wissen nicht nach Gebühr gewürdigt, geschweige denn verwertet habe. Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, Belegstellen aus diesen alten Autoren für längst feststehende Thatsachen anzuführen. Es ist Sache jedes einzelnen, seine in dieser Beziehung durch spätere irrtümliche, aber konsequent gepredigte Dogmen irregeleiteten An-

sichten nach ihrer Lektüre zu korrigieren und selbst von vorn mit dem Studium der Histologie der Haut zu beginnen.

Nur auf einige der physiologischen und klinischen Grundthatsachen, die selbst jedem Laien bekannt und von den irregeleiteten Verfassern der Lehrbücher auch niemals angegriffen oder umgestofsen sind, soll hier hingewiesen werden.

Ein jeder weifs, dafs das Sekret der Handteller fettig ist und auf Papier einen Fettfleck hervorruft, — und doch besitzt diese Region gar keine Talgdrüsen. — Es ist weiter bekannt, dafs ein rasch auftretendes, profuses Schwitzen (etwa im Dampfbad) einen fettigen Schweifs erzeugt, z. B. die Kopfhaare mit fettigem Schweifs bedeckt, denn sie behalten ihre Kräuselung und Fettglanz, während reines, warmes Wasser sie zu Strähnen verfilzen würde, — und doch ist eine profuse Tränkung mit Talgdrüsensekret im Verlaufe einer Viertelstunde eine Unmöglichkeit, da das Fett der Talgdrüsen gar nicht im eigentlichen Sinne des Wortes sezerniert wird, sondern aus der allmählichen Verfettung und dem Zerfall ihrer Zellen hervorgeht, eine derartige rasche, profuse Tränkung daher gleichbedeutend sein würde mit dem plötzlichen Zerfall der ganzen Talgdrüsen. — Nehmen wir ferner einen beliebigen Aknefall und suchen uns eine Hautstelle auf, wo sämtliche Follikel durch Komedonen fest verstopft sind, so können wir mit Leichtigkeit nachweisen, dafs bei jeder Transpiration trotzdem ein fettiger Schweifs auf die Oberfläche ergossen wird.

Nicht jeder Arzt und Dermatologe ist ein Mikroskopiker und kann sich überzeugen, dafs auch die mikroskopischen Befunde des hierbei auftretenden Fettes (freie Fetttröpfchen, keine Talgdrüsenzellen) eine Beziehung desselben auf die Talgdrüsen ausschliefsen. Aber von jedem ist zu verlangen, dafs er diese leicht zu mehrenden Grundthatsachen über die Fettproduktion aufserhalb der Talgdrüsen entweder respektiere oder sie widerlege, und wenn er sie unwiderlegbar findet, seine übrigen Anschauungen nach ihnen einrichte.

Wenn aber dem so ist und die bisher in allen dermatologischen Lehrbüchern als selbstverständlich geltende Auffassung der Seborrhöen als Talgdrüsenerkrankungen dem Stande der Histologie seit den 40er Jahren bereits nicht mehr entspricht, so wird

es die erste Aufgabe historischer Kritik sein, die Angaben der klassischen Dermatologen der Reihe nach daraufhin zu prüfen, wie sie und ob sie mit den einschlägigen Thatsachen der Histologie und Physiologie in Einklang zu bringen sind.

Die ersten sichern Fälle von Seborrhöe[1] finde ich bei ALIBERT [2] beschrieben. Zunächst denjenigen einer 73jährigen, im höchsten Elend lebenden Bettlerin, welche eine Eidechsenschuppen ähnliche Fettmaske und viele Komedonen im Gesichte zeigte. Sodann den Fall eines jungen Mädchens, in welchem neben sich stetig erneuernden Fettschuppen Komedonen in ungemein grofser Anzahl sich vorfanden. ALIBERT registriert diese Fälle unter seine Spezies: Varus Comedo oder Varus sebaceus zusammen mit einfachen Komedonen, mit den Komedonen der Neugeborenen, die merkwürdiger Weise mit starkem Jucken einhergehen und eine ernste Erkrankung darstellen sollen. ALIBERTS Anschauungen über die Herkunft des Fettes sind noch sehr unbestimmte und beruhen hauptsächlich auf den primitiven Untersuchungen seiner Schüler und denen des Göttinger Professors EICHHORN.

Eine bedeutend gröfsere Erfahrung über seborrhoische Affektionen tritt uns bei RAYER [3] entgegen, welcher zuerst eine funktionelle Erkrankung der Talgdrüsen von den strukturellen unter dem Namen Fluxus sebaceus unterscheidet. Nach RAYER gibt es 2 Grade desselben: „In dem einen ist die Haut, wenn man den Finger darüber gleiten läfst, weich und ölig anzufühlen; sind die erkrankten Teile mit Haaren bedeckt, so bildet diese ölige Feuchtigkeit, wenn sie eintrocknet, einen bräunlichen Schmutz, den ich mehrmals zwischen den Augenbrauen und zwischen den Haaren beobachtet habe. An solchen Stellen, wo die Schmiere reichlich abgesondert wird, erscheint die Haut weder gerötet, noch anderweitig merklich erkrankt, die Mündungen der Drüschen erscheinen nicht deutlicher als sonst. Nicht selten jedoch klagen die Kranken über eine Art von Stechen und manchmal über wahre Schmerzen in den affizierten Teilen. Dagegen versicherten mich

[1] Ein unter Ichthyosis simplex bei BATEMAN angeführter Fall, sowie ein analoger seines Herausgebers THOMSON sind vielleicht — wie schon RAYER vermutete — hierher zu zählen, obgleich diese Autoren eine Fettigkeit der Schuppen nicht erwähnen.

andre, damit behaftete Kranke, namentlich junge Frauen und junge Mädchen, die einzige Unbequemlichkeit, die sie davon hätten, bestände darin, dafs sie Gesicht und Stirn beständig abwischen müfsten, um diesen übel aussehenden, öligen Überzug zu entfernen. Oft fallen während des ersten Stadiums dieser Krankheit die Haaare aus.

„Eine seltener vorkommende Form tritt, besonders im Gesicht, unter folgenden Erscheinungen auf: die Haut der Wangen, der Nase, der Augenbrauen scheint von einem gelblichen Überzuge bedeckt zu sein, der in betreff seiner Farbe und Konsistenz mit dem Ohrenschmalz fast gänzlich übereinstimmt. Im Umkreise der davon überzogenen Stellen ist die Haut geschwollen und ölig, an einigen Stellen schmierig und feucht, und an andern Stellen verhält sich die Masse fast wie gelbes Wachs. In verschiedenen Richtungen wird dieser Überzug durch Linien vielfach zerteilt; fallen einzelne Stellen von selbst oder infolge von Umschlägen und Dampfbädern ab, so zeigt sich die Haut gewöhnlich röter als gewöhnlich und mit einer Menge von Punkten dicht besetzt, welche eben nichts weiter sind als die erweiterten Wandungen der Drüschen, von denen mehrere noch Schmeere enthalten. Nach Verlauf einiger Stunden ist dann die entblöfste Hautfläche wieder ölig geworden und nimmt bald ganz und gar das frühere Aussehen wieder an.

„Beinahe immer verspüren die Kranken in den affizierten Hautstellen schmerzhafte Stiche, welche manche Leute mit so grellen Farben mir schilderten, dafs ich in der That an eine Übertreibung glaubte, bis mehrere ähnliche Fälle mir vorgekommen waren. Selten hört dieser Fluxus sebaceus von selbst auf; jedoch habe ich einzelne Fälle von der gutartigen Form desselben bei jungen Mädchen von selbst verschwinden sehen. Immer und selbst bei zweckmäfsigem therapeutischen Verfahren hält diese Affektion sehr lange, mehrere Monate und selbst mehrere Jahre hindurch an. Ferner pflegt sie an solchen Stellen, an denen sie einmal ihren Sitz gehabt hatte, öfters wiederzukehren."

An diese klassische, erste Beschreibung zwei verschiedener seborrhoischer Erkrankungen schliefsen sich einige instruktive Krankengeschichten, unter denen zwei Fälle von universeller Seborrhöe

deshalb unser Interesse besonders verdienen, da derartige Fälle in der späteren Litteratur nur noch selten mitgeteilt werden. Beide betrafen zum Teil gelähmte Patienten, welche „die Sorge für Reinlichkeit aufser acht liefsen"; der eine litt an chronischem Gelenkrheumatismus.

Rayers Fluxus sebaceus unterscheidet sich von Aliberts Varus sebaceus durchaus, da Rayer die Integrität der unterliegenden Oberhaut, abgesehen vom Klaffen der Follikularmündungen bei seinem höheren Grade der Seborrhöe, zur ersten Bedingung macht. Aufserdem hat Rayer seine Krankheit nie, Alibert meistens bei Kindern und jungen Leuten beobachtet, Rayer sie nie, Alibert oft mit der Kupfernase (Varus gutta rosea) vereinigt gesehen. Rayers Krankheit ist eben eine viel enger umgrenzte, besser definierte; er ist aufserdem als der wissenschaftliche Entdecker der rein funktionellen Anomalie abnorm erhöhter Fettabsonderung der Haut zu betrachten.

Einen durchaus andren Standpunkt nimmt sein nächster Nachfolger, Biett [4], in der Redaktion seines Lehrbuches von Cazenave und Schedel ein. Auch hier werden zwei differente Zustände der Haut, die einfache Einölung einerseits und die Inkrustierung mit fettigen Schuppen anderseits, als verschiedene Grade desselben Übels geschildert. Aber Biett sieht die Ursache desselben in einer Entzündung der Follikel (phlegmasie des follicules depuis une simple excitation jusqu' à une inflammation plus intense), deren Folge erst die Hypersekretion der Talgdrüsen sein soll, und reiht sie den drei Arten seiner Akne als vierte an. Hier besteht allerdings die Inkonsequenz, dafs Biett gegenüber Willan-Bateman, von denen er den Begriff Akne übernimmt, mit demselben ausdrücklich eine pustulöse Krankheit bezeichnen will und dennoch den Fluxus sebaceus Rayers als Acne sebacea seinem System anreiht, obwohl hier — auch nach seiner Beschreibung — nie Pusteln vorkommen.[2] Biett hat offenbar absichtlich diese Inkonsequenz begangen, um damit die Zusammengehörigkeit aller Sebumerkrankungen zu betonen, aber er hat in der Behauptung

[2] Cazanave und Schedel haben übrigens Unrecht, wenn sie die Acne sébacée als „une quatrième variété, inconnue jusqu'alors" bezeichnen und damit die Priorität Rayers ignorieren.

einer leichten Entzündung auch in jenen leichtesten Graden der öligen Seborrhöe offenbar den Thatsachen seinem System zu Liebe Gewalt angethan. In diesem Punkte muſs sein Vorgehen als ein Rückschritt betrachtet werden gegenüber der bereits erfolgten Abtrennung der funktionellen Seborrhöe durch RAYER.

In einem andren Punkte aber bahnte die Klassifikation BIETTS wieder einen gewissen Fortschritt an. CAZENAVE und SCHEDEL sagen (l. c. pag. 267):

„Cette phlegmasie des follicules s'étend rarement aux tissus de l'enveloppe tégumentaire; c'est-à-dire qu'on ne voit presque jamais avec elle, même dans les cas les plus graves, quelques unes des lésions élémentaires, que nous avons déjà signalées; cependant l'inflammation des follicules peut être portée au point de donner au fluide sécrété une altération qui se rapproche du liquide séropurulent des vésicules de l'eczéma. Nous avons vu dans les salles de M. BIETT plusieurs individus dont le front était couvert d'une couche sébacée qui participait jusqu'à un certain point des croûtes squammeuses de l'eczéma impetiginodes."

So finden wir, daſs sich gleich bei der Einführung der Seborrhöe in die Wissenschaft die klinisch durchaus begründete Thatsache, wenn auch nur schüchtern, geltend macht, daſs nämlich gewisse, auf den ersten Blick unter dem Bilde einer einfachen Sekretionsstörung sich darstellende Hauterkrankungen eine nicht zu leugnende Verwandtschaft zu den Hautentzündungen, speziell zum Ekzem besitzen. Diese Verwandtschaft zu den Ekzemen, welche bereits bei BIETT hindurchblickt, ist sehr viel wichtiger als die ganz künstliche Beziehung zur Akne die auch von allen späteren Autoren fallen gelassen wurde. Diese letztere durchaus theoretische Verquickung hatte übrigens noch die weitere Folge, daſs BIETT 2 Arten der Seborrhöe, welche bereits von RAYER als solche und zwar als nicht unwichtige erkannt waren, den Gneis der Säuglinge und die Sebumauflagerungen der alten Leute, nicht zu seiner Akne sebacea hinzurechnete. Nach ihm kommt die letztere nämlich nur bei feiner, weiſser Haut im mittleren Lebensalter vor, öfter bei Frauen. Einen solchen Fall bei einer 28jähr. Frau, (die nebenbei wiederum an Gelenkrheumatismus litt) führen CAZENAVE und SCHEDEL aus der BIETTschen Klinik an, der durch

seine Verbreitung über den ganzen Körper ausgezeichnet war. Wir werden wohl nicht fehl gehen, wenn wir denselben als ein derartiges seborrhoisches Ekzema universale auffassen und keineswegs als einen rein funktionellen Fluxus sebaceus im Sinne RAYERS.

Bei FUCHS [5] tritt die Seborrhöe unter dem etwas drastischen Namen Seborrhagie bereits als eine selbständige Gattung auf und bildet mit der andren Gattung Comedo die 5. Sippschaft der „Seborrhöen", der „einfachen Sekretionskrankheiten der Haut" aus der Familie der Ekzematosen, die zur 2. Ordnung der Hämatonosen und mit dieser zur erster Klasse der eigentlichen Hautkrankheiten, der Dermatonosen, gehört. Er schliefst sich in der Beschreibung dieser Anomalie so vollständig RAYER an, dafs man zu dem Glauben verleitet wird, es ständen ihm selbst nur wenige oder gar keine Erfahrungen darüber zu Gebote. Dagegen ergeht er sich zuerst weitläufiger über den Gneis der Säuglinge, den er als zweite Art unter dem Namen Seborrhagia neonatorum einführt. „Es ist diese gar nicht seltene Affektion, wie mich genaue Beobachtungen gelehrt haben, eine Seborrhagie." Hierzu ist jedoch zu bemerken, dafs diese feierliche Einführung gar nicht notwendig war, da RAYER bereits (l. c. pag. 302) derselben im Anschlusse an den Fluxus sebaceus der Erwachsenen in einem besonderen Paragraphen gedenkt, sie aber deshalb grundsätzlich von jenem trennt, weil „bei dieser normalen Schmeerabsonderung alle Schmerzen mangeln." In der That betont RAYER in seinen Krankengeschichten und seiner Beschreibung der Affektion die nicht unerheblichen schmerzhaften Empfindungen, welche den Fluxus sebaceus der Erwachsenen meist begleiten. FUCHS übergeht diesen Punkt mit Stillschweigen und hat demgemäfs auch keinen Grund, die Talganhäufungen der Neugeborenen davon zu trennen; offenbar ist aber RAYER der erfahrenere und bei weitem scharfsichtigere Beobachter. Immerhin hat FUCHS das Verdienst, das Kapitel der Seborrhöe um den Gneis der Neugeborenen bereichert zu haben, der von jetzt an nicht wieder aus demselben verschwindet.

Eigne Beobachtungen und originelle Auffassung treffen wir zunächst wieder bei ERASMUS WILSON [7], welcher im 15. Kapitel seines Lehrbuches alle Veränderungen der fettigen Sekretion zu-

sammen mit Komedonen, Akne, Atherom, Sykosis als Krankheiten der Talgdrüsen behandelt. Hier finden wir bereits eine Trennung der funktionellen Anomalien in 3 Unterabteilungen, die der vermehrten (Steatorrhoea simplex), der verminderten (Xeroderma) und der veränderten Absonderung. Unter die letztere rubriziert er aufser zwei ihm eignen Formen, Stearrhoea flavescens und Stearrhoea nigricans, auch bekanntlich die Ichthyosis. Ganz neu bei Wilson erscheint eigentlich nur die Stearrhoea nigricans, die er nach einem eignen und zwei fremden Fällen sehr anschaulich beschreibt. Es ist vollständig unmöglich, die abnorme Schwärze des abgesonderten Fettes, wie Hebra will, von anfliegendem Staube herzuleiten; d. h. denn doch, sich die Sache etwas zu leicht machen. Die Seborrhoea flavescens entspricht dagegen vollkommen dem höheren Grade von Rayers Fluxus sebaceus, welcher das Sekret dieser Fälle bereits wiederholt mit dem Ohrenschmalze verglichen hatte, während Wilsons Stearrhoea simplex wiederum genau mit dem schwächeren Grade von Rayers Fluxus sebaceus identisch ist. Wilson vergifst auch nicht der vorhergehenden und begleitenden subjektiven Empfindungen zu gedenken. Im Grunde genommen finden wir also bei Wilson den Fortschritt, dafs er das ölige und talgschuppenartige Sekret nicht mehr als blofs quantitativ verschiedene Abstufungen eines und desselben Drüsenprodukts hinstellt, sondern dieselben als qualitativ verschiedene Sekretionsformen auffafst. Das normale Sekret der Talgdrüsen ist ihm das ölige, folglich — so schliefst er logisch ganz richtig — mufs dafeste, Ohrenschmalz ähnliche einer abnormen Sekretion sein Das sein verdanken.

In dieser Kritik seiner Vorgänger liegt ein durchaus richtiger Kern. Rayer, Biett und Fuchs stellten sich vor, dafs das ölige Sekret bei grofsem Überschufs nicht von der Hornschicht eingesogen werden könne und auf der Haut erstarren müsse. Derartige Vorstellungen in allen Variationen finden sich seitdem in fast allen Lehrbüchern — und sind doch grundfalsch. Ein ölartiges, tierisches Fett erstarrt niemals zu einer talgartigen Schuppe und trocknet überhaupt nicht in dem kurzen Zeitraume von Stunden, Tagen und Wochen ein; erst bei monatelanger, ungestörter Oxydation verharzt es eventuell zu einem dünnen Firnis, wie er —

nebenbei bemerkt — noch niemals auf der Haut beobachtet wurde. Also muſs das talgartige Sekret bereits als Talg produziert und nur in der Drüse und ihren Ausführungsgängen durch die Körperwärme flüssig erhalten sein, um auf der Aufsenfläche der Haut sofort oberflächlich und später in ganzer Dicke zu erstarren, etwa wie frisch ergossene Lava. Wenn dem aber so wäre, wie steht es dann um das ölige Sekret, das immer ölig bleibt und bei noch so grofsem Überschufs der Haut doch nur den bekannten, unangenehmen Fettglanz verleiht? Dies könnte doch nicht auf alle Zeit seine talgartige Natur verleugnen und müfste doch auch einmal erstarren.

Wilson hatte also ganz recht, beide Sekrete streng auseinander zu halten. Was Öl ist, kann nicht erstarren, und was Talg ist, mufs erstarren; dabei kommt es gar nicht auf die Quantität des Ergossenen, sondern auf die chemische Qualität desselben an und auf gewisse, bekannte, physikalische, unabänderliche Eigenschaften der Fette. Eine ganz andre Frage ist, ob Wilson auch darin recht hatte, das ölige Sekret als normales Talgdrüsensekret und das talgartige als das pathologisch veränderte hinzustellen. Diese Idee war natürlich unrichtig; aber auch noch hierin zeigt sich Wilsons klinischer Takt. Denn wenn das ölige Sekret auch nicht den Talgdrüsen entstammen kann, so entfernt es sich doch am wenigsten von der normalen Einfettung der Haut, und es besteht — wie Wilson es beschreibt — eine stetig aufsteigende Reihe von der normalerweise gut eingefetteten Gesichtshaut bis zu den höchsten Graden öliger Seborrhöe — nicht aber weiter bis zur Talginkrustierung.

Diese feine Unterscheidung von Wilson ist bei Bärensprung [11] bereits wieder verlassen. Auch bin ich aufser stande zu verstehen, wie dieser Autor die schönen Beobachtungen von Wilson und seinen englischen Gewährsmännern mit der banalen Bemerkung abmachen zu können glaubt: „An und für sich von gelblicher Farbe, nehmen sie durch Staub und Schmutz meist ein graues oder schwärzliches Aussehen an, woraus man (sc. Wilson) sehr unnötigerweise zwei verschiedene Formen, eine Stearrhoea flavescens und eine Stearrhoea nigrescens gemacht hat.“ Traut Bärensprung wirklich den englischen Autoren eine so naive Beobach-

tungsweise zu, dafs sie an sich schwarze und durch Staub geschwärzte Schuppen nicht zu unterscheiden vermöchten? Und haben für manche Fälle von Seborrhöe die vortrefflichen Kliniker RAYER und WILSON nicht beide ausdrücklich die merkwürdige Ähnlichkeit mit Ohrenschmalz hervorgehoben, so dafs es allerdings Fälle gibt, in denen die Talgschuppen gelbrot bleiben und nicht schwarz werden? Ist es denn BÄRENSPRUNG niemals aufgefallen, dafs der Ohrenschmalz, der doch für den Staub auch nicht unerreichbar ist, selbst nach jahrelangem Verweilen im Gehörgang wohl durch Eindickung dunkler wird, aber nie seine rötliche Farbe verliert?

Unter BÄRENSPRUNGS Fällen von talgschuppenartiger Seborrhöe ist einer bemerkenswert (pag. 46), weil er, von universellerer Ausbreitung als gewöhnlich, die Haut „an den Armen, den Beinen, am Rücken, an der Brust und um den Nabel herum mit einer dünnen, schwärzlichen Borke bedeckt“ zeigte.

Richtigere Anschauungen als WILSON entwickelte BÄRENSPRUNG hinsichtlich des histologischen Verhaltens, indem er zuerst auf die hornartige Beschaffenheit der talgartigen Schuppen hinwies (pag. 44): „Gemeinschaftliche Bedingung zur Entstehung aller dieser Krankheitszustände ist eine ungewöhnlich feste Beschaffenheit des Hautfettes, das dann bei der Temperatur des Körpers nicht mehr flüssig, sondern von talgartiger Konsistenz ist und nicht mehr frei abfliefsen kann, sondern entweder schon in den Drüsenbläschen oder im Innern der Haarbälge zurückgehalten wird, oder sich an der Oberfläche der Haut in Form mehr oder weniger dicker Borken ansammelt. Diese Veränderung scheint teils auf einem Überwiegen des Margarins, das man oft kristallinisch ausgeschieden findet, über das flüssige Elain, teils auf einer vermehrten Bildung und Abstofsung der Epithelzellen in den Drüsen zu beruhen, wenigstens zeigt das Mikroskop in dergleichen Talganhäufungen oft nichts als eine grofse Masse konzentrisch geschichteter Zellen und dazwischen nur wenig freie Fettmoleküle.“ Von dieser letzten Angabe bis zu der Auffassung, dafs die sog. Talginkrustationen thatsächlich nur sehr fettige, gewöhnliche Hornschuppen seien, ist nur ein Schritt, den BÄRENSPRUNG jedoch nicht that.

H. ZEISSL [12] bearbeitete bekanntlich die Anomalien der Drüsensekretion in der ersten, Epoche machenden Auflage des HEBRAschen Lehrbuches. Die anatomische Einleitung zu diesem Kapitel ist vielversprechend genug, da er anführt: KRAUSE vermisse den strikten Beweis, daſs die Knäueldrüsen den Schweiſs absondern und RAINEY erkläre die Knäueldrüsen der Hohlhand auch für Fettdrüsen. Aber ZEISSL verwertete diese richtigen Beobachtungen nicht für die Pathologie und tritt überhaupt an selbständiger Beobachtnng wieder hinter BÄRENSPRUNG und WILSON zurück; dagegen finden wir die Seborrhöe hier zum erstenmal in allen Gestalten schulgerecht geordnet. Zuerst wird die allgemeine von der lokalen Seborrhöe unterschieden, dann letztere in die des behaarten Kopfes, des Gesichtes und der Genitalien eingeteilt. Dagegen kommt die völlige Trennung der öligen und talgigen Seborrhöe von WILSON natürlich nicht zu ihrem Rechte. Bei der Seborrhöe des Kopfes führt ZEISSL als ölige nur die isolierte, später jedoch von VEIEL bestätigte Beobachtung von CAZENAVE an (in *Traité des maladies du cuir chevelu.* 1850), daſs es eine Acné sébacée fluente des Kopfes gäbe, und bei der Seborrhöe des Gesichtes trägt er die Legende von dem bald ölig bleibenden, bald erstarrenden Fette vor und unterscheidet danach und zwar zuerst eine Seborrhoea faciei fluida und sicca; bei der Seborrhöe der Genitalien existiere nur die letztere.

Bemerkenswert ist, daſs ZEISSL als allgemeine Seborrhöe nur die Vernix caseosa der Neugeborenen aus eigner Erfahrung anführen kann und ausdrücklich angibt, daſs bis dahin auf HEBRAS Abteilung kein Fall bei Erwachsenen gleich dem BIETTschen vorgekommen sei. Geradezu falsch ist es, wenn ZEISSL gelegentlich der Differentialdiagnose zwischen Seborrhöe des Gesichts und Lupus erythematosus angibt (pag. 62): „Die Schuppen, welche die Seborrhöe erzeugt, bestehen vorherrschend aus erstarrtem Sebum und einzelnen Epidermidalzellen, die Schuppen beim Lupus eryth. bestehen vorherrschend aus Platten krankhafter Epidermis und erhärtetem Sebum.[3]“ Die seborrhoischen Schuppen bestehen, wie schon BÄRENSPRUNG wuſste,

[3] Nebenbei kein logischer Gegensatz.

fast ganz aus Hornschuppen mit geringer Beimengung von Fetttropfen. An den Schuppen seiner sog. Seborrhöe der Genitalien hätte ihm dies eigentlich nicht entgehen dürfen.

So müssen wir gestehen, dafs in wissenschaftlicher Beziehung das betreffende Kapitel im Hebraschen Lehrbuche (I. Aufl.) keinen Fortschritt auf unserm Gebiete inauguriert und zur Einbürgerung von schon überwundenen Irrtümern seinen Teil beigetragen hat.

(Fortsetzung folgt.)

Aus dem Ärztlichen Verein zu Hamburg.

Über das Wesen der Lepra.

Vortrag, gehalten im Ärztlichen Verein zu Hamburg am 14. Juni 1887

von

Dr. Eduard Arning.

(Autoreferat.)

Nach einleitenden Bemerkungen, worin der Vortragende seine Freude darüber ausspricht, dafs das noch so viele Lücken bietende Studium der Lepra jetzt von mannigfachster Seite Bearbeitung findet, und der Hoffnung Ausdruck verleiht, dafs die Lehr- und Handbücher auch der Spezialdisziplinen die Formen dieser wichtigen Krankheit mehr berücksichtigen mögen, gibt er zunächst, auf Grund seiner klinischen und anatomischen Beobachtungen auf den Hawaiischen Inseln, eine kurze Übersicht über die Stellung der Lepra zu den ihr zunächst verwandten chronischen Infektionskrankheiten: Tuberkulose, Rotz und Syphilis. Betont wird die viel nähere Verwandtschaft zu den beiden ersteren als zur Syphilis.

Die Hauptunterscheidungspunkte des „Wesens der Lepra“ von dem der Syphilis sind folgende:

Syphilis.	Lepra.
1. Übertragung des Giftes durch das Sperma, Ovum und Placentarkreislauf.	1. Bei Lepra nicht nachweisbar.

Syphilis.	Lepra.
2. Fötale Erkrankungen in charakteristischen Formen.	2. nicht vorhanden.
3. Übertragung des Giftes durch verletzte Haut und Schleimhaut.	3. Möglich, aber wahrscheinlich nicht die Regel und nicht nachweisbar, insofern als
4. Zeitlich begrenztes Inkubationsstadium mit erster lokal begrenzter Manifestation an der Eingangsstelle des Giftes (Primäraffekt).	4. Primäraffekt und ein typisches Inkubationsstadium fehlen.
5. Akuter Ausbruch von Allgemeinerscheinungen an Haut und Schleimhäuten nach einem zweiten zeitlich begrenzten Latenzstadium.	5. Schleichendes Eindringen durch uns noch unbekannte Pforten und
6. Ausklingen der Erscheinungsformen. Die spätern Schübe tragen einen andren Charakter als die ersten. In den meisten Fällen spontan oder unter Medikation eintretende Heilung.	6. Stetiges oder schubweise eintretendes Fortschreiten des Giftes unter wesentlich gleichen Erscheinungsformen bis zum endlichen letalen Ausgange. Spontane Heilungen bilden die grofse Ausnahme.
7. Die Spätformen sind chronisch entzündlich, zur Induration oder Zerfall neigende Prozesse in dem Bindegewobe fast aller Organe.	7. Strengere Auswahl der Organe. Die entzündlichen Neubildungen neigen weniger zu Zerfall. Der Prozefs aber ebenfalls wesentlich im Bindegewebe-lymphatischen System lokalisiert.
8. Im Nervensystem meistens die Zentralorgane, Gehirn und Rückenmark und Retina affiziert, verhältnismäfsig seltener das periphere Nervensystem.	8. Das Zentralnervensystem vorzugsweise freibleibend, das periphere Nervensystem, speziell das trophische und sensible System, das eigentliche Gebiet der Erkrankung.

Syphilis.	Lepra.
9. Die Skelettläsionen, meistens auf vom Periost ausgehenden Prozessen beruhend. Knochenwucherungen und Gelenkaffektionen häufig.	9. Skelettläsionen sind sekundärer, nicht lokaler Natur, bedingt durch schwere trophische Störungen seitens des Nervenapparates. Knochenneubildungen und primäre Gelenkaffektionen fehlen.
10. An Haut und Schleimhäuten lokal fortschreitende (serpiginöse) Ulcerationsprozesse.	10. Nicht in derselben Weise bei Lepra vorhanden.
11. Ausfall der Kopfhaare und häufig geschwürige Prozesse der Kopfhaut.	11. Kopfhaare stets erhalten, während Wimper-, Lid- und oft auch die Lanugohaare schwinden.
12. Genitalien und die übrigen Mündungsstellen der Körperhöhlen Prädilektionsstellen für die Lokalisation des syphilitischen Giftes.	12. Genitalien äufserst selten befallen, ebenso After und Schleimhautgrenze des Mundes.
13. Beeinflussung der Prozesse durch Merkur- und Jodpräparate.	13. Merkur und Jod unwirksam.

Dahingegen teilt die Lepra mit der Tuberkulose den schleichenden Beginn und atypischen Verlauf. — Vortr. spricht sich dafür aus, die übliche klinische Distinktion zwischen Lepra tuberosa und Lepra nervorum aus praktischen Gründen beizubehalten, obwohl ganz reine Fälle beider Art, wenigstens auf Hawaii, äufserst selten sind.

Für die tuberöse Form glaubt Vortr. den oft beschriebenen mehr weniger akuten Anfang nicht als das erste Zeichen der Infektion ansprechen zu dürfen, sondern vermutet auch hier eine oft lange vorangegangene, wegen ihrer geringen Symptome aber unbeachtet gebliebene Lepra eines peripheren Nervengebietes. — Die verschiedenen Formen der Hautmanifestationen der nervösen und tuberösen Form werden beschrieben und an photographischen Aufnahmen erläutert.

Sie charakterisieren sich wesentlich durch die Differenz des mikroskopischen Befundes. Während nämlich in den erythemartigen, den papulo-circinären und bullösen Eruptionen der Lepra nervorum keine Bacillen gefunden werden, enthalten die akuten grofspapulösen Eruptionen der tuberösen Form, sowie vor allem die eigentlichen auf der diffus infiltrierten Haut aufsitzenden Tubera ganz enorme Mengen von Bacillen. Ebenso wie die Hautaffektionen der nervösen Formen sind auch die im weiteren Verlauf der Lepra nervorum auftretenden schweren Läsionen der tieferen Gewebe, vor allem der Muskeln und Knochen, keine lokalen mykotischen Prozesse, sondern abhängig von lepröser Affektion der Nervenstämme. Dem entspricht die grofse klinische und anatomische Differenz zwischen den leprösen Knochenzerstörungen und denen, welche durch Tuberkulose, Syphilis oder Osteomyelitis gesetzt werden. Da bei ersterer keine Herderkrankungen des Knochens und keine Knochenneubildungen (Laden) um die nekrotischen Partien vorkommen, so führt die Atrophie und Nekrose des Knochens zu den typischen Disfigurationen, welche der schweren Nervenlepra den Namen mutilans verschafft haben. Diese für Lepra absolut charakteristischen Erscheinungen wurden an Knochenpräparaten und Gipsabgüssen demonstriert.

Vortr. kommt dann zur Besprechung der visceralen Lepra, für welche er nach den Ergebnissen seiner Sektionen eine viel wichtigere Stellung vindiziert, als ihr bisher eingeräumt war. Man müsse eine Phthisis pulmonum leprosa, eine lepröse Pleuritis, Pericarditis, Peritonitis, Hepatitis, Splenitis, Enteritis, Orchitis, Ovariitis etc. annehmen und klinisch und pathologisch anatomisch von den übrigen Affektionen dieser Organe zu unterscheiden lernen. Vor allem wird die Differenz der miliaren Lepra von der miliaren Tuberkulose betont.

Zum Schlusse kommt Vortr. zur Erörterung der Schwierigkeiten, welche sich allen Leprauntersuchungen in den Weg stellen. Zunächst die sozial begründete Furcht der Kranken vor Erkennung ihres Zustandes und die dadurch bedingte Schwierigkeit im Sammeln von Erfahrungen über Initialformen. Zweitens der eminent schleichende, oft über Dezennien sich erstreckende Verlauf. Drittens die Schmerzlosigkeit anscheinend schwerer

Läsionen, die sich dadurch der Beobachtung des Patienten und somit auch des Arztes entziehen. Viertens die Schwierigkeit, den im menschlichen Organismus zu enormen Mengen wachsenden Pilz auf künstlichen Nährböden oder im Tier und selbst im Menschenkörper zu züchten. Fünftens das Fehlen eines Kriteriums für das Leben des Bacillus, bedingt durch a. die bisher stets negativen Resultate einer Züchtung und Impfung, b. durch die Unbeweglichkeit des Leprabacillus auch im frischen Zustande, c. durch den Mangel an tinktoriellen Differenzen zwischen lebenden und toten, im Impftier zuweilen lediglich als Fremdkörper verweilenden Bacillen.

Diskussion.

Herr UNNA. (Autorreferat.)

M. H.! Der interessante Vortrag von Herrn ARNING berührt ein so gewaltiges, ich möchte fast sagen unerschöpfliches Thema, dafs eine Diskussion der wichtigeren Punkte, welche in dem Vortrage hervorgehoben wurden, sehr leicht einer Reihe von ebenso vielen selbständigen Vorträgen gleichkommen würde. Ich beschränke mich daher nur darauf zu bemerken, dafs ich mit grofser Genugthuung von dem allgemeinen Satze des Herrn ARNING Akt nehme, dafs die Lepraorganismen im allgemeinen das Lymphgefäfssystem des menschlichen Körpers bewohnen, oder mit andern Worten: dafs die Lepra eine Krankheit des Lymphgefäfssystems ist, da dieser Satz — zunächst für die Haut — von mir zuerst vor einigen Jahren ausgesprochen worden ist. Unablässige weitere Untersuchungen haben mich seitdem gelehrt, dafs dieser Satz wirklich für alle Organe zutrifft, für die Nerven ebenso wie für Hoden, Milz, Lymphdrüsen und Leber. Und doch wird Herr ARNING ebenfalls mit mir übereinstimmen, dafs dieser Satz nur cum grano salis für wahr zu halten ist. In viel beschränkterem Mafse allerdings invadieren die Lepraorganismen gewifs auch das Innere der Blutgefäfse, gelangen in die Blutbahn und so zur embolischen Verschleppung. Diese embolische Verschleppung habe ich sowohl nach den histologischen Bildern wie nach den klinischen Erfahrungen stets für notwendig erachtet, und neuerdings hat LUTZ in einer in den *Monatsheften f. pr. Derm.* 1887. pag. 514 erschienenen Arbeit diesen Vorgang genauer verfolgt. Etwas eingehender möchte ich nur auf die Therapie der Lepra zu sprechen kommen. Hier kann ich Herrn ARNING nicht ganz recht geben, wenn er sagt, dafs dieselbe auch heute noch gar keine Fortschritte gemacht habe. Es ist allerdings ein Unterschied, wenn man heute einem über und über mit Knoten bedeckten Leprösen versprechen kann, in einigen Monaten sind die Knoten verschwunden, dein Allgemeinbefinden ist erheblich gebessert und wenn du auch vor Recidiven so wenig geschützt bist, wie ein Mensch, der Syphilis

acquiriert hat, so wirst du einem neuen Ausbruche ebenso gerüstet gegenüber stehen. Dies ist verglichen mit dem früheren, in den meisten Leproserien beliebten Dolce far niente allerdings ein Schritt vorwärts. Und doch sage auch ich, wir können der Lepra gegenüber noch lange nicht genug, wir stehen erst im Anfange, aber doch auch wirklich im Anfange einer zielbewufsten, planvollen, erfolgreichen Therapie.

Ich habe bis jetzt mit den Hilfsmitteln der modernen Dermatotherapie fünf mittelschwere, sämtlich nicht mehr ganz frische Fälle von Lepra erfolgreich zu behandeln Gelegenheit gehabt. Zwei Fälle stammen von Südamerika, einer von Nordamerika, einer von der Insel Mauritius und einer von Ägypten. Vier Fälle zeigten der Hauptsache nach die knotige Form, einer kam in meine Behandlung mit einer schweren Nervenlepra, wurde während der Besserung derselben in akuter Weise von Knotenlepra befallen und von derselben befreit, während die Nervenlepra bis auf einen fraglichen Rest ausheilte. Alle besserten sich während der Behandlung sehr rasch und auffallend in ihrem Gesamtbefinden und, was ich sehr hoch anschlage, sie kamen niedergeschlagen, teilweise verzweifelt in meine Behandlung und gewannen, durch die sichtbaren Erfolge gehoben, nicht blofs ihren Lebensmut wieder, sondern auch die Überzeugung, bei einem eventuellen Rückfalle mit den im Einzelfalle erprobten Mitteln erfolgreich sich in ihrer Heimat behandeln zu können.

Obenan setze ich auch heute noch die kombinierte Pyrogallol-Chrysarobinschmierkur, wie sie gegen Psoriasis üblich ist. Nur dafs ich von der früheren Methode der unterbrochenen Kur abgegangen bin zu gunsten einer energischeren, ununterbrochenen. Die letztere wird dadurch ermöglicht, dafs den Reizwirkungen der starken reduzierenden Mittel durch eine Kombination mit schwach wirkenden Reduktionsmitteln vorgebeugt wird. Ich kombiniere gewöhnlich gleiche Teile Chrysarobin, resp. Pyrogallol mit Ichthyol und setze zur Verstärkung noch 2 % oder mehr Salicylsäure zu. Bei allen schwereren parasitären Leiden werden seit ½ Jahre in meiner Klinik nur noch diese sog. Unguenta composita Pyrogalloli, Chrysarobini, Resorcini gebraucht. Bei sehr delikater Haut ersetzt man die Salbengrundlage durch Zinksalbe. Mit dieser allgemeinen Schmierkur erreicht man folgendes. Eine grofse Anzahl kleinerer, jüngerer Knoten wird resorbiert, sämtliche diffuse Infiltrationen schwinden, desgleichen und zwar am schnellsten die akuten, dem Erythema nodosum ähnlichen, schmerzhaften, grofsen, subkutanen und kutanen Knoten, das Allgemeinbefinden hebt sich zu gleicher Zeit. Darauf gilt es, die gröfseren, älteren Knoten einzeln zu bemeistern. Dabei bietet der bei Lupus souveräne Salicyl-Kreosot-Pflastermull die besten Dienste. Natürlich besteht hier der Unterschied, dafs das Hautgewebe beim Lupus morsch, beim Leprom aber nahezu intakt, sogar etwas hypertrophisch ist. Deshalb müssen stärkere Pflastermulle gebraucht werden. Die teilweise Resorption, teilweise Exulceration der kranken Partien geht aber ebenso vor sich wie bei der Hauttuberkulose,

wie denn auch in der Therapie die Organismen der Lepra und Tuberkulose sich sehr nahe und vom Syphilisorganismus gleich weit abstehen; Quecksilberpflastermulle nützen auch bei den Lepromen so gut wie nichts. Wenn ein Lepröser, und das sind ja sehr viele, teilweise anästhetisch ist und sonst Schmerzen gut erträgt, kann er auch sämtliche Knoten mit diesen Pflastern auf einmal zur Ausheilung bringen. Überhaupt aber darf man in der Anwendung dieser Mittel nicht zärtlich verfahren. Man muſs die Wirkung derselben immer unerbittlich aufs äuſserste treiben; ohne Energie von Seite des Kranken wird auch die umsichtigste Leitung dieser Behandlungsmethode nicht zum Ziele führen. Sehr warnen möchte ich weiter vor der falschen Auffassung, welche meine erste Mitteilung an einigen Orten gefunden hat, als ob ich auf die innere Darreichung des Ichthyols auch nur entfernt soviel Gewicht legte, wie auf die besprochenen äuſseren Maſsnahmen. Ich habe nur konstatiert, daſs Ichthyol in höchster Konzentration äuſserlich Ähnliches leistet wie die stärkeren reduzierenden Mittel in schwächeren Dosen, und dann folgerte ich: da es ein schwaches Antileprosum ist, aber auch das einzige Mittel dieser Reihe, welches unausgesetzt innerlich gegeben werden kann, so gebe man es innerlich als Beihilfe. Vielleicht mag es auch in der Prophylaxis von Wert sein, aber ich habe mir nie eingebildet, daſs es, allein innerlich gegeben, genügte, eine ausgebildete Leprose wesentlich zu beeinflussen. Es steht für mich lediglich auf einer Stufe mit dem von Danielssen empfohlenen Natr. salicylicum, und ich gebe jetzt beide zusammen (in Pastillen geformt), da das Ichthyol die unangenehmen Nebenwirkungen der Salicylsäure bei innerlicher, dauernder Eingabe ebenso günstig beeinfluſst wie auf der Haut.

Nun werden Sie mich aber fragen, was nützt es uns, daſs wir äuſserliche Specifica besitzen, gegen die Leprose der inneren Organe? Gegen diese müſsten wir innere Specifica haben, die stärker und sicherer sind als Ichthyol und salicylsaures Natron.

Darauf habe ich Ihnen zu erwiedern: Erstens wirken die besprochenen Schmierkuren allerdings universell und besonders beim Zusatz von Salicylsäure werden die Medikamente massenhaft resorbiert. Natürlich gelangen so vermittelst des Blutstroms in die inneren Organe nur geringe Quantitäten, welche auf der derber konstituierten Haut wenig nützen würden. Daſs diese sich aber doch schon in den inneren Organen bemerkbar machen, habe ich zu wiederholten malen an meinen Patienten beobachtet; so an meiner ersten Patientin, — welche eine beginnende, leprose Ophthalmie mitbrachte, beim zweiten, welcher interkurrent eine Brochial- vielleicht sogar Lungenaffektion mit rapider Abmagerung durchmachte, bei meinem dritten Patienten an den tastbaren Lepromen der Nerven.

Zweitens aber wirken diese Schmierkuren in hohem Grade roborierend auf den ganzen Körper. Die Patienten nehmen regelmäſsig an Gewicht zu, was sich allein schon aus dem stark vermehrten Appetit erklären würde, sie werden muskelkräftiger und im ganzen frischer. Diese Wirkung tritt

auch dort ein, wo die gute Pflege und Ruhe des Hospitals nicht in Frage kommen kann. Wohlgemerkt tritt diese im allgemeinen roborierende Wirkung der reduzierenden Medikamente nur bei rationeller Anwendung auf; sonst können diese Mittel sogar das Gegenteil bewirken. Ganz besonders warne ich vor dem inneren Pyrogallolgebrauche. Einer meiner Patienten hatte sich durch den eigenmächtigen Gebrauch von Pyrogallol innerlich ganz herunter gebracht; Appetitlosigkeit wurde von gänzlicher Kraftlosigkeit, rapider Abmagerung gefolgt, es traten in akutester Weise neue Embolien unter der Form eines universellen Erythema nodosum auf und eine Lungenaffektion drohte. Nachdem die Vergiftungsgefahr durch Salzsäure beseitigt war, schwanden alle diese Symptome wieder unter einer rationellen, äufseren Behandlung mit demselben Pyrogallol. Das einzige Mittel dieser Reihe, welches bei dauerndem, inneren Gebrauche nur eine roborierende Wirkung entfaltet, ist das Ichthyol und dies ist der zweite Grund, warum ich es bei Lepra innerlich verabreiche.

Nach meiner Ansicht stehen wir also den äufseren Lepromen bereits gut gerüstet gegenüber, die in Zukunft zu überwindenden Schwierigkeiten betreffen hauptsächlich die inneren Leprome. Ich schliefse mit dem Hinweise, wie ich mir in dieser Beziehung den rationellen Fortschritt der Zukunft denke.

Der naheliegendste Gedanke ist es, die Leprome innerer Organe, wie man es bei der Tuberkulose versucht hat, durch Injektionen der am besten bewährten Mittel zu treffen. Es würden sich dazu empfehlen: Ichthyol, Resorcin, Salicylsäure, Kreosot.

Ein andrer Weg würde mir mehr zusagen und ich hoffe Gelegenheit zu erhalten, ihn zu beschreiten. Die Lepraorganismen liegen in den Lymphgefäfsen, also immer möglichst weit von den Blutgefäfsen entfernt. Wenn es uns gelingen sollte, dieselben durch Massage zu lockern, so würde ein grofser Teil derselben, in das Blutgefäfssystem getrieben, hier unter Auftreten von Fieber zu Grunde gehen, ein andrer Teil sich embolisch in der Haut festsetzen. Diesen hätten wir auf die bekannte Weise mittels Schmierkur zu befreien. Eine methodische Massage zu dieser Dislokation aus dem Lymph- in das Blutgefäfssystem herbeizuziehen, erscheint mir besonders deshalb, rationell, weil die Lepraorganismen dem Druck ausweichen; die Kopfschwarte und Handteller sind ja bekanntlich fast immun. Aber ohne die von mir geübte Schmierkur möchte ich allerdings einer so eingreifenden Therapie nicht nahe treten. Dieselbe wäre etwa mit der diskontinuierlichen Sterilisation der Nährmedien vergleichbar.

Herr Arning gibt zu, dafs die Therapie der Lepra einige Fortschritte gemacht hat, glaubt aber, dafs unsre Bemühungen in der Beziehung immer noch mehr auf die Prophylaxe und die Erkennung der Frühformen zu richten sind, um diese und nicht erst die ausgebildete Krankheit therapeutisch angreifen zu können. Die Unmöglichkeit, eine restitutio ad integrum bei fort-

geschrittener Lepra zu erreichen, sei eben im dystrophischen Wesen der Krankheit begründet, welche irreparable Veränderungen schaffe.

Den Ausdruck, dafs die Lepra wesentlich eine Krankheit des lymphatischen Systems sei, will A. nicht so verstanden wissen, dafs das mykotische Element sich immer frei in den Lymphbahnen entwickele. Wenn übrigens das Blut selbst auch frei von Bacillen zu sein scheine, so sei doch gerade das Blutgefäfssystem in seinen feineren Ästen ein Lieblingssitz derselben.

Herr Eisenlohr. (Autoreferat.)

Die von Herrn Arning gemachte Scheidung zwischen motorischen und und amyotrophischen Störungen bei der Lepra scheint mir nicht streng durchführbar. Wenn man auch von manchen Seiten eine getrennte zentrale motorische und trophische Innervation und isolierte Störung der letzteren annimmt, so ist eine solche Trennung bei Läsionen peripherer Nervenstämme — und um eine solche handelt es sich ja nach der Auffassung Dr. A.s in erster Linie — und das von A. supponierte Freibleiben der motorischen Bahnen schwer verständlich. Es handelt sich nach meiner Meinung wohl um eine eminent chronische, Faser um Faser zerstörende Neuritis oder Perineuritis, die eben dieses chronischen Verlaufes wegen nicht zu eigentlichen Lähmungen, sondern nur zu wenig ausgeprägten Schwächeerscheinungen führen. Man mufs aber doch einen Untergang motorischer Fasern in demselben Umfang annehmen, in dem eine Atrophie der Muskeln erfolgt. Analoga hat man in gewissen Fällen gemeiner chronischer Neuritis der Stämme mit geringen Schwächesymptomen (Zittern) und leichten atrophischen Prozessen an den Muskeln.

Die Stellung der Lepra als einer bacillären resp. epidemischen Neuritis eröffnet interessante vergleichende Gesichtspunkte und Analogien zu andern mit dem Nervensystem in Beziehung stehenden En- und Epidemien. So zu der Beri-Beri, bei der aber wesentlich die motorischen Bahnen geschädigt sind, und zu der bei uns vorkommenden Polyneuritis. Letztere bildet nach meinen Beobachtungen entschieden kleine Epidemien, die sich durch auffallende Häufung von Fällen innerhalb einzelner Zeiträume (so in den letzten 2 Jahren) charakterisieren. Auch hier sind es, im Gegensatz zur Lepra, vorzugsweise die motorischen Bahnen und zwar speziell die peripheren Verzweigungen der Nerven, die intermuskulären Nervenästchen, die erkranken, während die grofsen Stämme meist relativ frei bleiben. Hier gehen die trophischen Störungen der Muskeln und die elektrische Erregbarkeit stets genau parallel den motorischen Läsionen. Die Prädilektion der leprösen Noxe für die sensiblen und trophischen Funktionen, andrer Krankheitserreger für die motorischen, finden ihre Analogien in gewissen toxischen Neuritiden und deren Vorliebe für motorische, oder sensible Systeme.

Herr Dehn (Autorreferat)

pflichtet auf Grund seiner Beobachtung einiger Fälle von Lepra

der Ansicht des Herrn Eisenlohr, daſs es sich bei dem Muskelschwund der Leprösen nicht immer nur um einfache Atrophie mit Herabsetzung der Motilität nach Maſsgabe des Unterganges von kontraktiler Substanz, sondern bisweilen auch um ein Ergriffensein der motorischen Fasern, also um degenerative amyotrophische Lähmungen handle, bei. So hat er noch vor kurzem in einem Falle, dessen neurologische Untersuchung er der Güte des Herrn Unna verdankt, ausgesprochene Entartungsreaktion (träge Zuckung bei sehr erhöhter Erregbarkeit) des M. abduct. digit. min. dextri konstatiert. In diesem Falle bestand eine ganz kollossale und charakteristische Verdickung des N. ulnaris im Sulc. bicip. bis zum Condyl. int. humeri hinunter, was die Annahme einer neuritischen degenerativen Lähmung nur bestätigen konnte. Anderseits spreche die ganz regellose, nicht nach Hautnervenbezirken geordnete Verteilung der Hautanästhesien gleich im Beginn wie auch im späteren Verlauf der Erkrankung sehr für die Ansicht des Herrn Arning, wie Redner sie verstanden, daſs nämlich das Virus zunächst die peripheren Verzweigungen der Hautnerven angreife. Vielleicht könnten die später auftretenden, so deutlich sicht- und fühlbaren Veränderungen der gröſseren Nervenstämme durch Aufwärtswandern der Leprabacillen in den Lymphbahnen der Nervenscheiden erklärt werden, wie dies auch schon von andern Beobachtern (Leegaard) ausgesprochen sei. Die so entstandene lepröse Peri- und Endoneuritis der gröſseren Stämme würde dann weitere trophische Veränderungen in ihrem Verbreitungsbezirke, sowohl in der Haut wie in den tieferen Teilen bewirken. Degenerative Lähmungen und trophische Störungen der tieferen Teile würden dann kaum ohne Anästhesie der bedeckenden Haut vorkommen, während umgekehrt Anästhesien ohne trophische Veränderungen der darunter gelegenen Muskeln, Knochen etc. ein gewöhnlicher Befund wären. Herr D. fragt Herrn Arning, ob seine klinischen Beobachtungen Anhalt für die Richtigkeit dieser Deduktionen gäben oder nicht.

Herr Arning erwidert, daſs er wohl anerkenne, daſs die Atrophie der Muskeln dem Bilde sonstiger chronischer Neuritiden entspräche, glaubt aber doch es für die Lepra als klinisch charakteristisch vindizieren zu müssen, daſs eigentliche Motilitätsstörungen mit sekundärer Atrophie der Muskeln die groſse Ausnahme bilden, und daſs im allgemeinen die Muskelparese einer der Dystrophie der Haut und des Skeletts parallelen Ernährungsstörung des Muskels entspräche. Ob diese lediglich auf Ergriffensein der trophischen Fasern im Nerven oder auf Funktionstod durch Beteiligung der motorischen Fasern zu beziehen sei, dürfte vorläufig nicht zu entscheiden sein. Jedenfalls kämen bei Lepra rein motorische Paralysen ohne Beteiligung des sensiblen und trophischen Systems nicht vor. — Eine akute Facialisparalyse spräche z. B. gegen Lepra; die häufige Atrophie und Parese der Gesichtsmuskeln entwickele sich bei Lepra immer allmählich.

Ganz peripher, d. h. in den Nervenendigungen, schienen die ersten Läsionen nicht zu sein, wenigstens wäre es A. nie gelungen, in den zuerst veränderten Hautpartien den Parasiten nachzuweisen, und gerade dadurch wäre er zu der Überzeugung gelangt, dafs die ersten Pilzansiedelungen höher hinauf in den Nerven zu suchen seien, ohne dafs unter Nerven deshalb gerade in allen Fällen die grofsen Stämme zu verstehen seien.

Die bezüglichen Untersuchungen würden dadurch sehr erschwert, dafs es bisher nicht gelungen sei, Präparate anzufertigen, welche die Nervenendigungen und die Bacillen gleichzeitig erkennen liefsen.

Referate.

Contributo allo studio delle ghiandole cutanee e dei follicoli piliferi, per i Dottori Serafino Veraglia ed Alfredo Conti. (*Giornale della R. Acad. di medic. di Torino.* No. 10, 11 und 12. 1885.)

Eine Nachuntersuchung zweier vor nicht langer Zeit erschienener Arbeiten bildet den Gegenstand der vorliegenden Publikation.

Giacomini (*Annotazioni sull' anatomia del negro.* Ibid. 1884) fand in der Analregion eines Negers Anhänge, welche seitwärts an dem Haarfollikel auf kurze Distanz von dem Bulbus safsen, und hielt dieselben für rudimentäre Drüsen, während Diesing (*Beiträge zur Kenntnifs der Haarbalgmuskeln.* Stuttgart 1884) die fingerförmigen Appendices an dem Haarfollikel der Kopfhaare als Prominenzen des Ansatzes der Mm. erectores pilorum ansprach.

Die Verff. haben nun in sehr sorgfältiger Weise das Verhalten der Haarfollikel in den verschiedensten Regionen des menschlichen Körpers untersucht, um die Frage zu entscheiden, ob diese Anhänge einer bestimmten Region oder vielen oder allen eigentümlich wären; ferner ob es möglich wäre, in einer Serie von Präparaten ihre Beziehungen zu den Mm. erectores pilorum oder in ihrer Struktur einen bestimmten Anhalt für ihre drüsige Beschaffenheit zu eruieren.

Aus den Untersuchungen der Verff. geht nun hervor, dafs diese sogenannten drüsigen Anhänge sich auch bei unsrer Rasse und an den verschiedensten Regionen finden. Die unregelmäfsigen Epithelanhäufungen haben ferner nicht die Bedeutung einer Drüse, sondern sind höchstwahrscheinlich Reste eines alten Haares, welches in der Folge durch ein neues ersetzt ist.

Als eine weitere Merkwürdigkeit wird dann betont, dafs die Mündungen vieler Schweifsdrüsen in einigen Körperregionen mehr oder weniger enge Beziehungen zu dem Ausführungsgang einer Talgdrüse oder zu der Öffnung eines Haarfollikels an der Hautoberfläche haben. Diese Verhältnisse wurden zwar nur an dem behaarten Kopfe und der Achselhöhle gefunden, scheinen aber allen Gegenden gemeinsam zu sein.

Die Verff. hätten sich ihre sehr mühevollen Untersuchungen ersparen können, denn bei genauerer Durchsicht der Litteratur mufste ihnen auffallen, dafs die von Giacomini im Jahre 1884 als für die Negerrasse charakteristisch beschriebenen „Appendices glandulares" bereits 1876 von Unna in seiner Arbeit „Beiträge zur Histologie und Entwickelungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde" (*Arch. f. mikr. Anat.* Bd. XII) beschrieben und in ihrer entwickelungsgeschichtlichen Bedeutung klargelegt worden sind. Das Nähere hierüber mufs in der eben citierten Arbeit nachgelesen werden.

Das Zusammentreffen von Schweifs- und Talgdrüsen, welches beim Foetus, zumal wenn die Cutis noch dünn und die Drüsen relativ schnell wachsen, ziemlich gewöhnlich ist, findet nach Unna seine Erklärung in mechanischen Momenten (Druck, Spannung).

Berlin. Joseph.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Die Salbensonde bei Behandlung der chronischen Gonorrhöe, von Dr. P. G. Unna. (*Therapeut. Monatsh.* Heft 5 u. 6.) Den Gedanken, gegen die chronisch entzündlichen Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut eine Kombination der mechanischen und chemischen Behandlung anzuwenden, hat U. dadurch auszuführen gesucht, dafs er festere Sonden mit einer Salbe überzog, welche die Eigenschaft hat, bei Zimmertemperatur fest, bei Körperwärme dünnflüssig zu sein. Er schlug deshalb zum Beziehen der Sonden eine Salbe vor, deren Konsistenz der Hauptsache nach aus Kakaobutter besteht:

Butyr. Cacao	100,0
Cerae flav.	2,0—5,0
Argent. nitr.	1,0
Bals. peruv.	2,0

Man kann die Festigkeit der Kakaobutter noch durch einen geringen Wachszusatz erhöhen; denn ihr Schmelzpunkt von 34 ° erlaubt noch eine geringe Steigerung, wenn ein Zusatz von 5 % Wachs eintritt. Diese Mischung erstarrt bei Zimmertemperatur, schmilzt jedoch schon wie die butterartigen Körper bei einer Temperatur von 37 °. Dazu kommt noch, dafs die Kakaobutter zu den haltbarsten Fetten gehört und dafs sie eine vollkommen reizlose und Medikamente gut aufnehmende Masse bildet. Alle andern Kombinationen, wie 10 Tle. Paraffin und 90 Tle. Vaselin (nach Appel), oder Paraffin und Lanolin, werden entweder bei Körpertemperatur nicht ganz flüssig oder zersetzen den Höllenstein. Nach den Versuchen von Appel ist in den Kohlenwasserstoffen (Vaselin, Paraffin) die Zersetzung des Höllensteins eine sehr

geringe und langsame, allein auch die Kakaobutter hat man von jeher wegen ihrer geringen Tendenz zur Zersetzung für medizinische Präparate bevorzugt; sie übertrifft in dieser Beziehung jedenfalls die tierischen Fette, steht aber hinter den Kohlenwasserstoffen natürlich zurück. In Kontakt mit Lanolinum purissimum zersetzt sich der Höllenstein besonders rasch. Daſs der Kontakt verschiedener Sondenmetalle auf die Zersetzung des Höllensteins in den Salbengemischen einen Einfluſs ausüben wird, ist begreiflich, doch sind die Casperschen Neusilbersonden weniger empfehlenswert, da sie zu starr sind; übrigens bräunen sich zuerst die peripherischen, dem Lichte exponierten Schichten der Fettmasse und nicht die zentralen, dem Sondenmetall anliegenden. Damit Staub keinen Einfluſs auf den Höllenstein ausübe, empfiehlt es sich am meisten, die Sonden vertikal in einem Schranke (nach Nummern geordnet) aufzuhängen. Den wichtigsten physikalischen Einfluſs auf die Zersetzung übt zweifellos das Licht aus. Die Aufbewahrung der bezogenen Sonden in einem dunklen Raum hält die Bräunung schon um mehrere Tage auf. Noch besser hält man das Licht von dem Silbersalz ab, wenn man der Masse ein Pigment zusetzt, welches mit groſser Sicherheit die chemisch wirksamen Strahlen des Tageslichtes absorbiert. Als solches hat sich nach Unnas Untersuchungen der Farbstoff der Curcuma bewährt. Ein Gramm Curcumapulver wird mit 100 g der Fettmasse digeriert, wodurch dieselbe eine kanariengelbe Farbe annimmt. Damit keine Cystitiden oder Epididymitiden entstehen, sind die Sondenkuren nur zu gestatten bei einer sekretfreien Harnröhre, deshalb sind sie bei solchen Trippern, welche reichliches Sekret absondern, nicht oder nur nach besonders sorgfältiger Reinigung der Harnröhre zu gebrauchen. Der Hauptvorzug dieser Methoden tritt daher hervor in der Behandlung ganz alter, von minimalem, wenig infektiösem Sekret (goutte militaire) begleiteter Strikturen. Bei den noch etwas frischeren Gonorrhöen sollen die Sondierungen nur alle 2—3 Tage vorgenommen werden, und falls sich in der Fossa navicularis kurz vor dem Sondieren ein gonorrhoisches Sekret findet, so thut man gut, nach dem Wasserlassen noch durch 1 oder 2 Injektionen die Harnröhre auszuspülen und die Sonde, wenn man keinen Grund zur Annahme einer Schwellung des hinteren Harnröhrenabschnittes hat, nur bis an diesen, nicht aber durch denselben hindurchzuführen. Besteht aber eine Urethritis posterior, so lasse man lieber zwischendurch 1—2 Tage einfache Injektionen von Zinc. sulfocarbol. (1 : 200) oder Resorcin (5 : 200) machen und sondiere erst nach Aufhören der vermehrten Sekretion. Bei den Monate, ja Jahre lang bestehenden Urethritiden konkurriert die Methode der Salbensonden mit den früheren der einfachen Sondierung, der endoskopischen Ätzung, der Instillation von Höllensteinlösung und der Einführung medikamentöser Stäbchen. Für ganz vereinzelte Fälle bleibt die endoskopische Behandlung stets ultimum refugium, im übrigen zieht U. in den meisten Fällen die Einführung der Salbensonden als die bei starker Wirksamkeit verhältnismäſsig einfachste und in vielen Fällen allein zum Ziele führende allen an-

dern Methoden vor. Die chronische Urethritis des Weibes weicht dieser Methode noch prompter als die des Mannes, man kann hier mit dem Kaliber der Sonden viel rascher steigen. U. hat die letzteren, entsprechend gekrümmt, auch mit grofsem Vorteil zur Bekämpfung des so eminent wichtigen gonorrhoischen Katarrhs des Cervix uteri gebraucht (neben Douchen- und Sitzbädern). Dieselben Salbensonden höheren Kalibers haben sich ferner bei Behandlung der Rektalstrikturen bewährt. Endlich zieht U. die Salbensonde den einfachen nackten Sonden als milder und zugleich wirksamer vor bei Behandlung mancher, von der Urethralschleimhaut ausgehender Genitalneurosen, sodann der durch Erschlaffung der ductus ejaculatorii erzeugten Spermatorrhöen und bei der präparatorischen Erweiterung der Harnröhre zu Zwecken der Endoskopie und Lithothrypsie. Als Sonden empfiehlt er die einfachen glatten Zinnsonden und sieht in den Casperschen kannelierten Sonden keinen Vorteil. Für die schwächsten Nummern (10—15 Ch.) möchte sich ein härteres, aber immer etwas biegsames Metall empfehlen. Die Herstellung des Sondenbezuges geschieht so, dafs die Masse in einem dunklen Fläschchen, in einem Wasserbade stehend, geschmolzen und nach tüchtigem Umschütteln in möglichst erkaltetem, aber noch flüssigem Zustande sofort über die vertikal gehaltene, zweckmäfsig gekrümmte Sonde gegossen wird, so dafs der Überschufs auf ein untergestelltes Schälchen abtropft. Die Sonde wird alsdann bis zu beginnender Erstarrung zwischen den Fingern gedreht, um eine ungleichmäfsige Verteilung der noch flüssigen Masse zu verhindern. Direkt vor dem Gebrauch zieht man die Sonde fest und rasch durch das nächst- oder bei dickem Bezuge zweithöhere Loch der metallenen, Charrièreschen Skala. Die Einführung der in Karbolöl eingetauchten Sonden geschieht stets in der Rückenlage des Patienten. Eine wie starke Sonde zuerst eingeführt wird, hängt von dem Widerstand an der Striktur ab; dieselbe bleibt 5—10 Minuten in der Harnröhre liegen, später kann man sie 30 Minuten liegen lassen. Tritt stärkerer Harndrang oder Erektion des Gliedes ein, so ist sie zu entfernen. Die nächste Einführung beginnt mit derselben Nummer, welche sich als die richtige bei der ersten herausgestellt hat, dann geht man aber sofort zu einer höheren Nummer über und so fort, bis No. 26 der französischen Skala erreicht ist. Bei solchen Patienten, welche von hartnäckigen Strikturen durch Salbensondierung befreit sind, nehme man immer zuerst einmal monatlich, dann 3—4 mal im Jahre Einführungen der höchsten Nummer vor, um etwaigen Recidiven vorzubeugen.

Einiges über die Wirkungen und Nebenwirkungen des Oleum ligni Santali Ostindici, von Dr. S. Rosenberg (Berlin). (*Therap. Monatsh.* Heft 6.) Auch R. kann nur die Erfahrungen, die Posner, Letzel und Casper mit dem Oleum Santali bei akuter Gonorrhöe gemacht haben, bestätigen. Er liefs 3 mal täglich 20 Tropfen mit Zusatz von etwas Ol. Menth. nehmen, zugleich Einspritzungen von Sol. Zinci sulfocarbol. (0,5—1,0 : 200,0) machen. Ebenso günstige Wirkungen sah er von dem Mittel bei gonor-

rhoischer Cystitis, und dabei hat er namentlich ein schnelles Nachlassen des Tenesmus beobachtet. Dahingegen hat er bei chronischer Gonorrhöe im Gegensatz zu George Meyer bisher noch nie einen bemerkenswerten Erfolg zu verzeichnen gehabt. Endlich hat er das Sandelöl noch in einem Falle von chronischem (nicht gonorrhoischem) Blasenkatarrh angewendet, bei welchem alle inneren Mittel versagt hatten und die lokale Therapie wegen heftiger dem Katheterismus folgender Urethralschüttelfröste mit begleitenden Shokerscheinungen unausführbar war. Dabei bewirkte das Mittel zwar keine Heilung, aber doch eine entschiedene Besserung, indem der Urin heller und durchsichtiger wurde und die Menge seiner morphotischen Bestandteile wesentlich abnahm. Als Nebenwirkungen hat R. beobachtet: Nierenblutung, Brennen in der Harnröhre beim Urinieren und endlich noch Perspiration des Sandelöls.

Berlin. L. Hoffmann.

Rufsland.

Penismangel. Der Landarzt Winogradow (Gouv. Simbirsk) sah auf seinen Fahrten einen 7jährigen Knaben, welcher ihm wegen Intertrigo vorgestellt wurde, und fand beim Auskleiden, dafs der Penis vollständig fehlte. Die beiden Hoden waren normal im entsprechenden Hodensack, an dessen Vorderseite, entsprechend der Stelle, wo normaler Weise der Penis sitzt, bemerkte man eine kleine Öffnung, die in die Urethra führte. Hinter der Öffnung konnte man zwei kleine Reste der corp. cavernosa (von 2—3 cm Länge) durchfühlen. Das Urinieren geht normal, im Strahl vor sich, nur fliefst am Schlufs stets etwas aufs Skrotum, woher auch die Exkoriationen entstanden waren. (*Wratsch.* No. 24.)

Die Behandlung der Entzündungen der Harnröhre durch Ausspülen. Dr. Subbotin wendet sich mit Recht gegen den bisher üblichen Modus der Urethritisbehandlung mit Einspritzungen. Bei frischer Urethritis werden die Gonokokken weiter getrieben, bei chron. Ur. gelangen die injizierten Lösungen nicht weit genug. Um nun diesen Übelständen abzuhelfen, proponiert S. Ausspülungen in folgender Weise: Dem „stehenden" Pat. wird ein französischer Katheter (No. 8—10), mit der Öffnung an der Endspitze, 3—4 cm tief eingeführt und dann derselbe mit einem Esmarchschen Krug oder Trichter mit einem Gummischlauch von 1½ m in Verbindung gesetzt. Während man nun die Flüssigkeit in kontinuierlichem Strahl fliefsen läfst, (wobei die Flüssigkeit neben dem Katheter herausfliefsen kann) schiebt man den Katheter allmählich vorwärts. Als Lösung benutzt S. Sublimatlösung (1 : 1000—3000) und 2%ige Karbolsäurelösung (½—1 Bierglas voll). — Von 51 Patienten mit chron. Urethritis, die S. auf diese Weise behandelt hat, haben sich 17 der weiteren Behandlung entzogen, die übrigen 34 wurden alle geheilt entlassen, nach 2—6 Wochen. (*Wratsch.* No. 51. 1886.)

Behandlung der traumatischen Orchitis und Epididymitis mittels Massage. Dr. KURDJUMOW hat die Massage in 5 derartigen Fällen angewandt und zwar erst nachdem die akut-entzündlichen Erscheinungen geschwunden und die Infiltration der Gewebe nicht schwinden wollte. Bereits während des Streichens und Knetens vermindern sich Härte und Umfang, und nach der ersten Sitzung lassen Schmerzen und das Gefühl der Schwere entschieden nach. Durchschnittlich schwindet die Geschwulst nach 7 Sitzungen, welche 10—20 Minuten dauern. (*Medizinskoje Obosrenje.* No. 1.)

Ein Fall syphilitischer Affektion der Lunge. An Dr. POKROVSKI (Kaluga) wandte sich ein 36jähr. Patient, welcher seit 2 Jahren an Fieber, hartnäckigem Husten und Anfällen von Dyspnöe litt. Die Anamnese ergab, dafs Patient vor 10 Jahren ein Ulcus penis mit nachfolgenden Ausschlägen überstanden, nachdem er 16 Friktionen erhalten. Vor 3 Jahren wurde ein Augenleiden durch Hg-Einreibungen zum Schwund gebracht. Bei der Untersuchung fand P. Narben auf der Haut der Brust und des Unterleibes, den linken Hoden verkleinert und hart, den rechten vergröfsert mit einer Verhärtung des Nebenhodenkopfes. Im Gebiet der rechten Scapula Bronchialatmen, dazwischen sogar mit amphorischem Beiklang; unter beiden Klavikeln und entsprechend der ersten Scapuladämpfung und zwischen der 3.—4. Rippe bruit de pot felé. P. stellte die Diagnose auf interstitielle Pneumonie mit Dilatation der Bronchien auf syphilitischer Basis und leitete eine spezifische. Kur ein (zweistündl. 0,3 Jodkali innerlich und zu Inhalationen 0,4 : 180). Bei dieser Behandlung fiel die Temperatur rasch von 38—40° auf 37°, die Schmerzen und Dyspnoë schwanden. Nach 3 Monaten waren alle Erscheinungen seitens der Lunge geschwunden. (*Protokolle der Gesellschaft der Ärzte in Kaluga* pro 1886.)

Die syphilitisch veränderten Zähne als prognostisches Zeichen bei erworbener Syphilis. Dr. S. MOLODENKOW hat in dieser Frage an dem Arbeiterhospital in Moskau interessante Beobachtungen gemacht, die jedenfalls weiterer Kontrolle wert und namentlich geeignet sind, auf dem noch wenig bekannten Gebiete der Frage, wie die gesunden Kinder syphilitischer Eltern sich bei Infektion mit Syphilis verhalten, Licht zu schaffen. Angeregt wurde M. durch die Arbeit FOURNIERS über die Veränderungen der Zähne bei hereditärer Syphilis. M. fand bald bei verschiedenen frisch erkrankten Syphilitikern solche Zähne und bemerkte, dafs bei diesen Patienten die Syphilis besonders leicht verlaufe. Daraus würde denn der Schlufs resultieren, dafs bei hereditär Syphilitischen, wenn sie von neuem infiziert werden, die Krankheit einen viel leichteren Verlauf nimmt, d. h. nur in abgeschwächter Weise wirke. Findet man also bei einem frisch Infizierten Zähne mit den charakteristischen Veränderungen, so könne man, nach M., eine günstige Prognose für den Verlauf in Aussicht stellen. Um diese Ansicht zu unterstützen, führt Verf. 20 Krankengeschichten an, die äufserst kurz und nicht immer überzeugend wirken; aufserdem sind, wie noch kürz-

lich ein französischer Autor das für das Schuhmacherhandwerk bewiesen, die Veränderungen der Schneidezähne durchaus nicht immer auf hereditäre Syphilis zu beziehen, ergo, so interessant die Frage auch ist, und so verdienstvoll vom Verf. der Hinweis auf diese Thatsache ist, so mufs die ganze Frage doch mit grofser Vorsicht und objektiver Gründlichkeit weiter verfolgt werden, namentlich an einem sichereren Material als an Arbeitern in einem allgemeinen Hospital, wobei man, wie Verf. es auch selbst erwähnt, gewöhnlich den Pat. aus dem Auge verliert und nicht weifs, wie es sich mit den Recidiven verhält. Es ist sehr zu bedauern, dafs der Verf. nicht Krankengeschichten wie die folgende lieber ganz weggelassen: „XIX. P.G. 23 J. alt, trat am 1. März 1886 ins Hospital mit ulcerierten Papeln des Praeputium und des Skrotum. Wann und wo infiziert unbekannt, jetzt seit 3 Wochen krank. Die oberen, mittleren Schneidezähne zeigen die Hutchinsonschen Auskerbungen, die beiden grofsen Backenzähne atrophiert. Ausgetreten 1. März." — Sehr leid thut es zu sehen, dafs M. nicht einmal die „Beschäftigung" der Pat. angegeben hat. (*Wratsch.* No. 20.)

Die Wirkung heifser Luftbäder bei Syphilis. Dr. A. Stepanov hat an 12 Pat., die sich meist im Spätstadium befanden oder eine verschleppte Syphilis nachwiesen, die weder Hg- noch Jodkalibehandlung weichen wollte, Beobachtungen mit Luftbädern gemacht. Er setzte sie in eine oben verschlossene Wanne, welche durch Gasbrenner erhitzt wurde, so dafs die Wannenluft 60—70° R. betrug. Pat. fingen an, bedeutend zu schwitzen, und wurden sie darauf sofort ins Bett gelegt, wo sie, gut bedeckt, noch ca. ½ Stunde weiter schwitzten. Die Wirkung dieser Bäder besteht in Beschleunigung des Stoffwechsels, wodurch denn auch die Hg-Ausscheidung vermehrt wird, wie die Versuche an Pat. mit Stomatitis bestätigen. Nach 6—7 Luftbädern schwand letztere gewöhnlich vollständig. Nach 2—4 Bädern steigt der Hg-Gehalt im Harn deutlich, dann fällt er bald und nach 20—25 Bädern ist das Hg im Harn verschwunden. Hierauf eingeleitete Hg-Kuren wirken nun wieder sehr gut. Im allgemeinen vertragen Pat. diese Behandlung mit heifser Luft sehr gut, Appetit und Schlaf bessern sich entschieden.

Verschiedenes.

In der Sitzung der R. Accademia dei Fisiocritici in Siena (Sezione dei cultori delle scienze mediche) vom 10. Febr. 1887 machte Dr. V. Mibelli eine vorläufige Mitteilung eigner experimenteller Untersuchungen über die **Ätiologie der Alopecia areata.** Diese Experimente haben die vollkommenste Übereinstimmung mit den Resultaten Josephs (cf. diese *Monatshefte.* 1886. pag. 483) ergeben. Die kahlen Flecke treten nicht nur nach der Excision des Spinalganglions des zweiten Halsnerven, sondern auch nach der einfachen Unterbrechung der Kontinuität dieses Ganglions sowie des von ihm abgehenden Nervenstranges auf. Ferner wurde das von

Joseph beschriebene bilaterale und symmetrische Auftreten derartiger kahler Stellen in Bezirken, welche weit ab von der Ausbreitung des zweiten Halsnerven liegen (N. Trigeminus), bestätigt.

Das Rouxsche Verfahren der Gonokokkenfärbung (vgl. vorige No. der *Monatshefte.* pag. 672) besteht in der Färbung mit einem Pararosanilin, z. B. Gentianaviolett, und nachfolgender Behandlung mit Jod und Alkohol. Werden die Mikroorganismen durch diese entfärbt, so sind dieselben Gonokokken, vorausgesetzt dafs es sich um Diplokokken handelt. Entfärben sie sich jedoch nicht, so handelt es sich um andre Diplokokkenarten.

---

60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden.

Ferner angemeldete Vorträge:

Lustgarten (Wien): 1. Über die Mikroorganismen der normalen Harnröhre und des normalen Harnes nebst Beobachtungen bei akutem Morbus Brightii.

2. Über Syphilisbehandlung mittels subkutaner Injektionen von Hydrargyrum tannicum oxydulatum.

Nöggerath (Wiesbaden): Über latente und chronische Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht.

Internationaler medizinischer Kongrefs in Washington 1887.

Sektion für Dermatologie und Syphilographie.

Angemeldete Vorträge:

1. Lupus lymphaticus, with drawings. By Mr. Jonathan Hutchinson (London).
2. Das seborrhoische Ekzem. By Dr. P. G. Unna (Hamburg).
3. Hydroa, and its relations to Pemphigus, Herpes, Dermatitis herpetiformis (Duhring), Impetigo herpetiformis (Hebra), Herpes gestationis. By Dr. J. Colcott Fox (London). As an introduction to a general discussion of the subject.
4. Treatment of Syphilis by injections of insoluble mercuric salts. By Dr. H. Watraszewski (Warschau).
5. Le Lèpre observêe à Constantinople. By Dr. Zambaco (Constantinople).
6. L'Elephantiasis des Arabes chez les enfants. By Dr. Moncorvo (Rio de Janeiro).
7. Einige trophoneurotische Gefäfsaffektionen. By Prof. E. Schwimmer (Buda Pest).
8. A new method of treating skin diseases. By Dr. H. Valentine Knaggs (London).

9. Electrolysis in Dermatology. By Dr. J. N. Bloon (Louisville).
10. On the recurrence of ulcus resulting from spontaneous gangrene of the skin, during the later stages of syphilis, and their retations to syphilis.
11. Double Comedo. An anatomico-pathological study. By Dr. Ohmann-Dumesnil (St. Louis).
12. Lupus erythematosus of the hands. By Dr. Ohmann-Dumesnil.
13. A new method of treating Favus and Herpes tonsurans. By Dr. H. J. Reynolds (Chicago).
14. Area Celsi. By Dr. A. Ravogli (Cincinnati).
15. Lupus erythematosus. By Dr. A. Ravogli.
16. A Contribution to the Knowledge of Impetigo herpetiformis (Hebra). By Dr. Josef Zeisler (Chicago).
17. Rectal alimentation in diseases of the skin. By Dr. J. V. Shoemaker (Philadelphia).
18. Vaccination during the incubation period of Variola. By Dr. W. Welch (Philadelphia).
19. Studies in Hirsuties. By Dr. G. H. Rohé (Baltimore).
20. A unique case of spreading Melanosis with exhibition of subjekt. By R. Robinson (New York).
21. The Pathologie und Treatment of Alopecia areata. By A. R. Robinson. As introduction to a general discussion of the subject.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Balmanno Squire. *On Lupus erythèmatosus; or Bat's — Wing Disease.* London 1887. J. & A. Churchill.

Tommasoli. *Sulla natura dell' Artrite blenorrhagica.* Mailand 1887. Giuseppe Prato.

— *Sulla natura dell' Alopècia areata.* (Boll. della Società tra i cultori di sc. med. Anno IV. No. 10.)

— *La catocheilite dei Mietitori.* (Rivista clinica. 1887. No. 2.)

Breda. *Manuale pratico di Malattie veneree e sifilitiche.* Padua 1887. A. Draghi.

Druckfehlerberichtigung.

No. 6. pag. 237. lies den Autornamen Azevedo statt Azavedo.
„ „ 240. Z. 15 v. o. lies Ceará statt Cará.
„ „ 242. Z. 3 v. o. lies Macahé statt Macahi.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 16. 15. August 1887.

Die Haut als Vermittler der Erkältungskrankheiten.

Von

Dr. E. Lier,

prakt. Arzt in Bad Kreuznach.

Nachdem die Erkältungskrankheiten durch Seitz rehabilitiert sind, sowie ihre Existenz durch wissenschaftliche Beobachtungen und Experimente festgestellt worden ist, hat die Frage nach dem Kausalnexus zwischen einer Kälteeinwirkung auf die Körperoberfläche und der darauf folgenden Erkrankung des Organismus, resp. einzelner Organe desselben, ein erhöhtes Interesse gewonnen, zumal die modernen Forschungen über pathogene Mikroorganismen der Annahme eines reinen Erkältungsmomentes als Krankheitsursache nicht günstig waren. Es erscheint daher jeder Versuch, eine Lösung des wissenschaftlichen Problems herbeizuführen, um so mehr gerechtfertigt, als dieselbe von grofser praktischer Bedeutung ist. Indem ich in einer kritischen Übersicht die wichtigsten Theorien über Erkältungsvorgänge, insbesondere die Bedeutung der Haut bei denselben erörtere, hoffe ich zugleich für die Pathologie und Therapie speziell der Dermatosen einige nicht unwichtige Gesichtspunkte zu eruieren.

Eine der wichtigsten Erkältungshypothesen, die chemische oder Retentionstheorie, geht von der physiologischen Thätigkeit der Haut hinsichtlich Perspiration, Se- und Exkretion aus.

Auf Grund zahlreicher Forschungen steht folgendes fest: Nach Abernethey, Regnault und Reiset, Scharling, Weyrich, Ludwig, Pettenkofer, Roehrig und andern ist die Kohlensäureausatmung der Haut schwankend zwischen 3,0 bis 14,0 g

für 24 h und hängt ab von der Verdauung, der äufseren Temparatur, dem Blutreichtum derselben, der Herzthätigkeit, der Respiration und dem Luftdruck in den Lungen (SOMMERBROT), sowie von andern individuellen Momenten, doch ist sie 100 bis 300 mal geringer als die Exhalation derselben durch die Lungen; ebenso schwankend ist die Wasserdampfperspiration, welche im Mittel 650,0 beträgt; die Sauerstoffaufnahme ist minimal und verhält sich zu der durch die Lungen wie 1 : 137; ferner findet noch eine Perspiration von chemisch unbekannten flüchtigen Stoffen statt, wie aus dem Geruch einzelner Rassen und Individuen, nach Aufnahme gewisser Nahrungs- resp. Genufsmittel, wie Spargel, Zwiebeln, Knoblauch, Alkohol, sowie von Medikamenten wie Moschus etc., bei Krankheiten (Masern, Pocken, Ikterus) hervorgeht. — Nach KRAUSE perspiriert die gesamte Haut; dieselbe ist stets von einer mehrere Linien dicken mit Wasserdunst gesättigten Luftschicht umgeben, die Perspiration selbst erfolgt nur nach physikalischen Gesetzen der Diffusion.

Die Sekretion von Schweifs unterliegt gleichfalls bedeutenden Schwankungen, von 500,0 täglich bis 2560,0 g in $1^1/_2$ h; mit diesem werden ausgeschieden verschiedene Säuren (Milchsäure, Schweifssäure etc.), Fett, Cholesterin, N, NH_3, Harnstoff, Eisenoxyd, phosphorsaure Erden und Alkalien, Chlornatrium sowie ein eiweifsartiger Körper; die Quantität dieser Substanzen ist sehr inkonstant, die des Harnstoffs steigt auf 22,0—36,0 g täglich.

Wird diese physiologische Funktion der Haut unterdrückt, wie dies thatsächlich nach einer intensiven Kälteeinwirkung auf dieselbe geschieht, so häufen sich nach der Retentionstheorie die Ausscheidungsprodukte des Stoffwechsels im Blut an; dieselben lagern sich in den verschiedenen Geweben, besonders den Schleimhäuten, ab und erzeugen dadurch Entzündungsprozesse oder sie bedingen schon durch ihre Anwesenheit im Blute erhöhte Temperatur, Veränderungen der Herz- und Lungenthätigkeit, abnorme Stoffwechselvorgänge; nach Eliminierung dieser pathogenen Substanzen, durch Oxydation im Blute, durch Elimination vermittelst der Schleimhäute, der Lungen, Nieren, Haut etc. schwinden auch die krankhaften Erscheinungen.

Als Beweis für diese Ansicht wird folgendes angeführt:

Tiere, deren Haut mit Firnis oder einer andren impermeablen Substanz überzogen wird, gehen akut zu Grunde; die Lebensdauer derselben ist nach EDENHUIZEN und KRAUSE von der Gröfse der überzogenen Partie abhängig; Bedeckung von mehr als $^1/_8$ bis $^1/_6$ der Körperoberfläche ist absolut tödlich; die Respiration wird dyspnoisch, starke Unruhe, Zittern, tonische und klonische Krämpfe, Apathie, vermehrte Urinsekretion und Eiweifs im Harn treten auf; im Blut findet sich reichlich Ammoniak, es zeigen sich Hyperämien des Gehirns, der Lungen, Leber, Milz, Nieren, in den Pleurahöhlen Ergüsse, ferner Ödeme im Unterhautzellgewebe.

Auch bei Menschen wurde der deletäre Einfluſs von impermeablen Bedeckungen der Haut beobachtet; so starb z. B. ein am ganzen Körper vergoldeter Knabe, welcher bei den Krönungsfeierlichkeiten des Papstes LEO X. als Engel dienen sollte; Verbrennung von mehr als $^1/_2$—$^2/_3$ der Haut führt fast stets den Tod herbei, nach geringeren Zerstörungen der Cutis treten oft schwere Allgemeinerkrankungen auf.

Ferner hatten Injektionen von Milchsäure nach RICHARDSON und FORSTER eine der Polyarthritis ähnliche Erkrankung zur Folge; Retention von Harn resp. Harnstoff bedingt urämische Erscheinungen.

DELAROCHE wies nach, daſs Tiere im Wasserdunst von einer ihrer Körperwärme gleichen Temperatur nach kurzer Zeit sterben.

Nach Unterdrückung der Hautfunktionen beim Menschen zeigt sich vermehrte Urinabsonderung, gesteigerte CO_2-Produktion durch die Lungen, vermehrte Abscheidung von Harnstoff im Harn, also eine verstärkte Verbrennung N-haltiger und N-loser Substanzen.

Die chemische Hypothese, so plausibel sie auch erscheinen mag, ist nach neueren Forschungen unhaltbar geworden.

Zunächst werden die pathologischen Vorgänge nach Überfirnissung nicht allgemein bestätigt, z. B. fanden SCHIFF und VALENTIN, daſs in Baumwolle eingewickelte Tiere keine abnormen Symptome darboten; gefirnifste Teile geben ferner nach der einen Ansicht mehr Wärme ab, nach der andren (UGRJUMOW und ARNHEIM) halten sie mehr Wärme zurück; die krankhaften Verän-

derungen würden demnach entweder als die Folgen zu starken Wärmeverlustes oder gesteigerter Innenwärme aufzufassen sein: nach andern Forschern bilden Teer, Firnis, Gips, Kollodium sehr starke Hautreize, welche durch Überreizung des Wärmezentrums Temperaturabfall bedingen, eine vermehrte Hauthyperämie erzeugen und dadurch wieder gröfsere Wärmestrahlung; ähnlich würde sich auch der Tod des Knaben erklären lassen.

Die Erscheinungen nach Verbrennungsprozessen an der Haut sind gröfstenteils durch die enormen sensiblen Reize hervorgerufen und gleichen denen nach Erkältungen nicht.

Die Resultate nach Milchsäureinjektion sind von andern Physiologen nicht beobachtet worden; urämische Prozesse sind Erkältungssymptomen nicht analog; ferner ist die Todesursache bei Tieren, die nach längerem Aufenthalt in warmem Wasserdunst sterben, in der Verhinderung der Wärmestrahlung, der dadurch gesteigerten Körpertemperatur und der vermehrten Oxydation zu suchen.

Die Urinsekretion ist auch nach kalten Bädern, im Winter, nach nervösen und psychischen Einflüssen vermehrt; Lungen und Nieren treten hinsichtlich der Wasserausscheidung vikariierend für die Haut ein; ferner ist die CO_2-Vermehrung sehr minimal bei stärkeren Erkältungen aber ist die CO_2-Produktion entschieden herabgesetzt, gleichwie die Herzaktion, Atemfrequenz und Körpertemperatur. — Der Annahme, dafs vermehrte Säureanhäufung im Blut nach Unterdrückung der Hautfunktionen die Ursache der Erkältungsaffektionen sei, steht der Umstand entgegen, dafs Säuren bei fieberhaften Prozessen die Temperatur erniedrigen, die Oxydationsprozesse, den Umsatz der Eiweifskörper beschränken, während bei Erkältungskrankheiten oft hohe Fieberzustände sich finden. Auch kann die von EDENHUIZEN angenommene vermehrte Alkalescenz des Blutes, die nach Verbrennung des retinierten N und NH_3 zu kohlensaurem Ammoniak eintreten soll, die klinischen Erscheinungen nach Erkältungseinflüssen nicht bedingen; denn es ist überhaupt fraglich, ob N und NH_3 retiniert werden, eventuell aber können sie nur in verschwindender Quantität vorhanden sein, auch sind die Symptome der Ammoniämie durchaus verschieden von denen der Erkältungsaffektionen; end-

lich gibt es Erkältungskrankheiten, die durch Abkühlung einer wenige Quadratzentimeter grofsen Hautpartie hervorgerufen werden, bei denen es sich doch sicher nicht um eine Anhäufung von N und NH_3 im Blute handeln kann.

Es mag ferner noch angeführt werden, dafs alle die supponierten Stoffe im Blut oder in den Geweben nicht gefunden worden sind. Die fieberhaften Erscheinungen nach Erkältung lassen sich zwar durch die Annahme von unbekannten pathogenen Substanzen im Blut erklären, doch tritt häufig Fieber auf, auch wenn nur kleine Hautdistrikte in ihrer Funktion beeinträchtigt sind.

Die Wiederherstellung der Hautfunktion fällt ferner nicht immer mit dem Nachlafs der Erkältungserscheinungen innerer Organe zusammen, oft besteht trotz verstärkter Perspiration, Se- und Exkretion Fieber.

Die chemische oder Retentionstheorie ist nach obigem weder physiologisch noch klinisch begründet, es mufs mithin der Haut eine andre Rolle bei den Erkältungsvorgängen zufallen.

Wenn auch die physiologische Thätigkeit der Haut nicht direkt mit den Erkältungskrankheiten in Beziehung zu bringen ist, so konnte man sich doch vorstellen, dafs, wenn dieses Organ die N-haltigen Substanzen in Form von Zersetzungsprodukten nicht mehr abscheidet, eine mechanische Stauung von Ernährungsmaterial im Blut und in den Geweben eintreten wird, und somit ein der Plethore oder Hyperalbuminose analoger Zustand entsteht, wie er besonders bei kräftigen Individuen infolge plötzlicher Unterdrückung von reichlichen Sekretionen, Blutungen nach Amputationen etc. beobachtet wird. Diese Überladung des Blutes mit Verbrennungsstoffen würde demnach zu den komplizierten Erscheinungen führen, wie sie die Erkältung charakterisieren. — Die N-haltigen Substanzen spalten sich im Körper in N-haltige Atomkomplexe (Harnstoff, Harnsäure) und in N-lose Produkte (Fette, Glykogen, Zucker, CO_2) und zwar vollzieht sich diese Spaltung durch O-Absorption, wie sich dies aus der Zusammensetzung der ein- und ausgeatmeten Luft ergibt; denn während erstere 20,8 O, 79,1 N, 0,04 CO_2 enthält, besteht letztere aus 16,0 O, 79,5 N und 4,4 CO_2.

Bei plötzlicher Sistierung der Hautfunktion macht sich nun

zur Verbrennung des vermehrten Ernährungsmaterials ein Sauerstoffmangel geltend, der sich äufsert in der Dyspnoe, wie sie sich ja auch einstellt bei hydropathischen Prozeduren; zu diesem O-Mangel kommt noch CO_2-Überladung hinzu; es ist demgemäfs eine erhöhte Atemfrequenz nötig; der nun reichlicher zuströmende O bewirkt eine stärkere Oxydation, der Stoffwechsel wird gesteigert, deshalb die CO_2-Produktion und -Abscheidung aus den Lungen vermehrt, die Harnstoffexkretion aus den Nieren begünstigt, Thatsachen, wie sie nach Erkältungen eintreten; durch die erhöhte Oxydation wird mehr Wärme frei, das Herz zu lebhafterer Energie angeregt; es entstehen Blutwallungen an den verschiedensten Körperprovinzen; das Blut zirkuliert schneller in den Kapillaren und hat deshalb nicht Zeit genug, die sich in den Geweben bildenden Zersetzungsprodukte aufzunehmen, aufserdem kommt es zu einer stärkeren Ernährung der Zellen, zu gröfserer Ablagerung von Plasma in und um die Zellen, zu einem Aufquellen der Schleimhautepithelien etc., dadurch wieder zu Kompressionserscheinungen, vermindertem Stoffwechsel, Ernährungsstörungen der Gefäfswände, Abstofsung von Epithelien, Austritt von roten und weifsen Blutkörperchen, Katarrh in den verschiedensten Formen und Stadien, zu Anschoppungen etc., z. B. bei Pneumonie, interstitiellen Entzündungen in Lunge, Leber, Nieren; treten aber beim Mangel von partes min. resist. keine Entzündungen einzelner Organe auf, so bleibt es bei einer gesteigerten Temperatur, es zeigt sich event. hochgradiges Fieber, Schüttelfrost, saturierter Urin, Zunahme der Atemfrequenz und Herzaktion; dieser Zustand hält so lange an, bis der Überschufs des gestauten Materials völlig oxydiert ist; dies kann sich bei der Ephemera in kurzer Zeit ohne jede weitere lokale Störung vollziehen, meist aber treten abnorme Veränderungen an den vulnerabelsten Teilen, den Schleimhäuten, hinzu und dauert der abnorme Zustand so lange, bis sich eine reguläre Blutzirkulation wieder herstellt, die in ihrer Ernährung gestörten Teile sich abgestofsen, die Schleimhautepithelien sich wieder regeneriert haben; der Prozefs verläuft um so schneller, je früher die Hautfunktion wieder reguliert ist; die Muskel- und Nervenaffektionen würden sich teils aus der Ablagerung von Milchsäure, teils aus den Blutdruckschwankungen,

teils aus den gestörten Ernährungsverhältnissen ebenfalls leicht erklären lassen.

Diese Theorie ist schon deshalb unhaltbar, weil nach stärkeren Kälteeinwirkungen keine erhöhte, sondern herabgesetzte Temperatur, auch verlangsamter Stoffwechsel eintritt, namentlich wenn eine anhaltende Erkältung den ruhenden Körper trifft; auch widerspricht die Beobachtung, dafs im Winter bei strenger Kälte sich seltener Erkältungsprozesse einstellen, während doch hier infolge der länger dauernden Sistierung der Sekretionen und Exkretionen der Haut sich leichter eine Stauung der Säfte zeigen müfste; der in der That im Winter vorhandene vermehrte Stoffumsatz aber ist nur durch die Wärmeregulierung bedingt, insofern der Körper den erhöhten Wärmeverlust in Form stärkerer Strahlung durch gesteigerte Oxydation kompensieren mufs; die Erkältungskrankheiten nach Abkühlung kleiner Hautprovinzen finden gleichfalls keine Erklärung; auch kann das gestaute Nährmaterial in keinem Falle so bedeutend sein, dafs hochgradige Störungen resultieren können, es müfsten ja sonst auch nach reichlichen Mahlzeiten, nach denen oft ein viel höherer Gehalt an überschüssigem Nährmaterial vorübergehend vorhanden ist, den Erkältungsaffektionen ähnliche Erscheinungen beobachtet werden, was nicht der Fall ist; endlich bewirken Nieren und Lungen sehr schnell eine Kompensierung der plethorischen Zustände.

Die Vermittelung der Erkältungskrankheiten durch die Haut kann daher weder in chemischer, noch in rein mechanischer Weise erfolgen; es liegt aber nahe, an eine Vermittelung zu denken, welche der vorher entwickelten Stauungstheorie insofern ähnlich ist, als eine relative Anhäufung von Nahrungssubstanzen in inneren Organen angenommen werden kann, bedingt durch die Veränderungen in den Zirkulationsverhältnissen des Blutes.

Die Haut übernimmt nach dieser Hypothese die Rolle eines bedeutenden Blutreservoirs, von welchem aus die Schwankungen des Blutdruckes in den die inneren Organe durchziehenden Kanälen, die Schnelligkeit der Strömung in denselben, sowie ihre Füllung reguliert werden. — Unter normalen Verhältnissen dient dieses Reservoir zur Entlastung andrer Organe und verhütet eine zu starke Blutanhäufung in denselben und damit Ernäh-

rungsstörungen in dem inneren Kapillarstromgebiet. Bei erhöhter Thätigkeit der Organe, namentlich bei angestrengter Muskelarbeit, pulsiert das Herz kräftiger, treibt den Blutstrom in die erweiterten Hautgefäfse und erleichtert dadurch die Funktion innerer Organe; bei ruhendem Körper wird eine mehr gleichmäfsige Blutzirkulation im Gesamtkörper bewirkt; innerhalb gewisser Grenzen nun gleichen sich die periodischen Schwankungen, wie sie physiologisch im Schlaf, nach den Mahlzeiten, bei mäfsiger körperlicher und geistiger Arbeit, bei niederen oder höheren Temperaturen und Luftdruckwechsel stattfinden, vermöge der Elastizität der Gefäfswände, schnell und vollkommen wieder aus; sobald aber diese Grenze überschritten wird, müssen notwendigerweise abnorme Zustände in der Vaskularisation die Folgen sein.

Es ist eine bekannte Thatsache, dafs die Gefäfswände durch Wärmeeinflüfse erschlafft, durch Kältewirkungen aber zur Kontraktion gebracht werden, und zwar stehen diese Änderungen des Lumens der kleinen Arterien und Venen in direkt proportionalem Verhältnis zu der Intensität und Dauer der thermischen Reize.

Wird demnach durch eine plötzliche oder langsame Kältewirkung auf die Haut, namentlich bei Hyperämie derselben, das ganze Gebiet des peripheren Gefäfsnetzes zur Zusammenziehung veranlafst, so wird, zumal auch die Hautmuskulatur sich kontrahiert (cutis anserina), die grofse, sonst die Cutis durchströmende Blutmasse nach dem Körperinnern getrieben und bewirkt mechanisch kollaterale Hyperämien; treffen dieselben degenerierte Gefäfswände, so kann es sofort zu Blutungen aus denselben kommen, Apoplexien im Gehirn, in den Lungen, der Milz, der Leber, den Nieren; bieten die Arterienwände eine gewisse Widerstandsfähigkeit, so gleichen sich diese Druckschwankungen aus, das Blut strömt wieder nach Zusammenziehung der Gefäfse, die durch den bedeutenden Druckreiz hervorgerufen wird, nach der Peripherie, es kommt zum reaktiven Stromwechsel; wenn aber das Blut hier auf noch oder wieder verengerte Gefäfse trifft, strömt es nach andern Provinzen, namentlich nach dem Unterleib; auch die übrigen Gefäfslumina der kleinen Gefäfse innerer Organe erweitern sich wieder, es tritt relaxative Hyperämie ein; die Gefäfswände verändern sich in ihrer Konsistenz und werden durchgängig für

Blutkörperchen und Plasma, nutritive Störungen der Zellen machen sich geltend und bedingen alle Grade der Entzündungsformen (spasmodische Theorie), je nach der Dauer des Erkältungseinflusses Es zeigen sich Allgemeinstörungen, Kopfschmerzen, geistige und körperliche Trägheit, partielle Muskelkontraktionen, Respirationsvermehrung, Pulsbeschleunigung, Temperaturerhöhung, schleimige und eiterige Katarrhe, albuminöse Infiltrationen, degenerative, krupöse und diphtheritische Prozesse.

Das Fieber würde in der durch die vermehrte Blutfülle bedingten Temperaturerhöhung, den vermehrten Verbrennungsprozessen, den schwankenden Blutdruckverhältnissen und eventuell den Entzündungsvorgängen seine Erklärung finden.

Für diese Theorie scheinen besonders auch die von Bamberger, Paetsch und Pick gemachten Beobachtungen zu sprechen; ersterer sah bei einem Kutscher regelmäfsig Nierenblutung entstehen, wenn dieser bei kaltem Wetter längere Zeit ruhig auf dem Kutscherbock safs; Paetsch konstatierte Hämoglobinurie bei einem Syphilitiker nach Kälteeinwirkung (längerer ruhiger Aufenthalt im Freien bei kühlem Wetter); Pick beobachtete leichte Psychosen. Es ist demgemäfs sicher, dafs die Änderungen des Blutgehaltes der Haut einen wichtigen Einfluſs auf die Entstehung der Erkältungskrankheiten haben, doch werden durch dieselben alle klinischen Symptome nicht erklärt, welche nach Erkältung eintreten; aufserdem sprechen andre Thatsachen gegen die rein mechanische Blutstauungstheorie. Das reine Erkältungsfieber, die febris ephemera, ist aus veränderten Blutdruckverhältnissen nicht zu erklären; ferner tritt nach stärkeren Kältewirkungen nicht Anämie, sondern Hyperämie der Haut ein; die Herz- und Lungenthätigkeit wird ebenfalls bei intensiveren Abkühlungen nicht beschleunigt, sondern verlangsamt, ebenso der Stoffwechsel; es ist ferner konstatiert, dafs lokale Kälteapplikation der Haut an entfernten Organen nicht Hyperämie, sondern Anämie hervorrief; auch lassen sich wiederum diejenigen Erkältungsformen nicht durch diese Theorie begründen, welche nach partiellen Abkühlungen der Körperoberfläche, z. B. nach längeren Kältewirkungen auf die Füfse, eintreten; überhaupt ist es nach Rindfleisch nicht denkbar, dafs bloſse Hyperämien ohne spezi-

fischen Entzündungsreiz wirkliche Entzündungen hervorrufen, namentlich mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen. Diesen bedeutenden Entzündungsreiz sah ROSENTHAL in der plötzlich durch Kälte abgekühlten Blutmasse und begründete damit eine weitere Hypothese über die Erkältung. Nach ihm hat die Haut dabei nur eine passive Rolle, insofern nur das in ihr zirkulierende Blut von dem krankmachenden Agens getroffen wird; die plötzlichen bedeutenden Schwankungen zwischen den Temperaturen derjenigen Organe, die für gewöhnlich Konstanz der Wärme zeigen, kann nicht ohne Einfluſs bleiben auf die Ernährungsverhältnisse der zarten Gefäſswände; es werden dieselben durchlässig und bedingen damit die oben beschriebenen entzündlichen Vorgänge der Organe.

Nun steht aber fest, daſs die bedeutenden Kontraste von Temperatureinwirkungen auf den Körper meist sehr gut vertragen werden, wie man sich bei hydropathischen Prozeduren überzeugen kann; ferner ist es nicht wahrscheinlich, daſs sehr abgekühltes Blut von der Peripherie nach den inneren Organen gelangt, da bei starkem Kältereiz die peripheren Gefäſse sich sofort energisch zusammenziehen und jede intensivere Abkühlung des Blutes verhindern; auch tritt nach solchen Kälteeinwirkungen keine Temperaturabnahme, sondern später eine Zunahme ein, wie sie auch nach kalten Bädern beobachtet wird (Badefieber); ferner können Abkühlungen kleinster Hautpartien keinen solchen Effekt haben, auch müſsten sich die Wirkungen sofort zeigen, während doch häufig eine längere Inkubation von 1—2 Tagen vorhanden ist; oft wechseln auch die einzelnen Entzündungsherde, und plötzliche Temperaturschwankungen der Respirationsluft (im Winter oft von 20—30° C.) haben fast nie Beschwerden, geschweige krankhafte Veränderungen zur Folge; auch entstehen Erkältungskrankheiten selten durch plötzliche Abkühlungen der Oberfläche, sondern fast nur durch langsame Einwirkung feuchter Kälte.

(Fortsetzung folgt.)

Was wissen wir von der Seborrhöe?

Von

P. G. Unna.

(Schluſs.)

In der zweiten Auflage seines Lehrbuches übernahm F. Hebra (14) selbst die Ausarbeitung des betreffenden Kapitels, und wie man merkt, ist dasselbe mit einer gewissen Vorliebe abgefaſst, so daſs eine Reihe von Änderungen der ersten Auflage gegenüber selbstverständlich sind. Die wichtigste ist die, daſs Hebra das Kapitel der Seborrhöe durch Herbeiziehung der Pityriasis capitis (Willan) und Pityriasis tabescentium erweitert. Wie immer waren für Hebra hier klinische Gründe maſsgebend, da eben „eine Unterscheidung zwischen Seborrhöe und Pityriasis oft sehr schwierig", ja, wir können allgemeiner sagen, eine Abgrenzung häufig gar nicht möglich ist. Er erklärte sich diesen Umstand aus der normalen Struktur des Talgdrüsensekrets und stützte sich dabei auf eine Stelle aus Virchows „*Geschwülsten*" (Tl. I. pag. 216), wo dem Atherombrei ein hauptsächlich epidermoidaler Charakter zugeschrieben wird, und auf die Schilderung Köllikers (*Mikrosk. Anat.* Bd. 2. pag. 188) von der Entstehung des Talgdrüsenprodukts, welche in dem Satze gipfelt, „daſs die Talgzellen mit den Hornzellen der Epidermis zu vergleichen und die Bildung des Hauttalges derjenigen der Epidermis an die Seite zu stellen ist." Während Wilson, ohne die Unterstützung tüchtiger Histologen, die Grenze zwischen Seborrhöe und schuppigen Ausschlägen dadurch zu verwischen gestrebt hatte, daſs er die Ichthyosisschuppen ebenfalls für fast reine Talgschuppen erklärte und deshalb die gewöhnliche Ichthyosis zur Seborrhöe rechnete, konnte Hebra, auf besseres histologisches Wissen gestützt, die Identität der Pityriasisformen mit den Seborrhöen deshalb erklären, weil auch bei letzterer die Auflagerungen, wie bei der Pityriasis, zumeist aus Hornzellen beständen. Seine Definition lautete daher: „Krankhafte Ausscheidung von mit Hauttalg imprägnierten Epidermismassen, die sich auf einer sonst normal aussehenden Hautfläche entweder in Gestalt eines fettigen Überzuges oder schuppiger Auflagerungen ansammeln."

Es war weise von HEBRA, dafs er in dieser Definition weder das quantitative Verhältnis von Fett- und Hornzellen zueinander feststellte, noch den Ausgangspunkt der Erkrankung in die Talgdrüsen verlegte, denn wenn in diesen Punkten auch die Ansichten sich sehr ändern müssen und zum Teil schon geändert haben, so wird die rein klinische Definition von HEBRA doch stets ihren Wert behalten.

Wenn aber auf diese Weise durch F. HEBRA zuerst der schon von BÄRENSPRUNG bemerkte aufserordentlich grofse Gehalt der seborrhoischen Schuppen an Hornzellen in gebührender Weise betont wurde und der gröfsere oder geringere Fettgehalt derselben zu einem notwendigen, aber weniger histologisch als klinisch in den Vordergrund tretenden Accidens herabsank, so hätte man doch folgerichtig erwarten dürfen, dafs HEBRA jetzt auch nach einer andren Seite hin die Frage klären, nämlich die reine Seborrhoea oleosa vollständig von den trockenen Seborrhöen (+ Pityriasis) abtrennen werde. Dies that jedoch HEBRA nicht, und hierin hat er offenbar weniger gut beobachtet als WILSON. Ausdrücklich liefert er den „Nachweis, dafs der ölige und trockene Schmerfluſs identische Übel seien, wenn sie auch ein verschiedenes Krankheitsbild repräsentieren." Seine Gründe sind folgende: Einmal habe man Gelegenheit, alle oder wenigstens mehrere Erscheinungen beider Seborrhöearten an demselben Individuum wahrzunehmen. Dies beweist natürlich noch keine Identität, sondern zunächst eine Komplikation, von deren Häufigkeit ich übrigens weder in der Litteratur, noch in meiner Erfahrung Beweise gefunden habe. Zweitens könne man den „successiven Übergang der öligen zur trockenen Form" nachweisen. Diesen ungemein wichtigen, genau zu schildernden Nachweis vermifst man aber gänzlich. F. HEBRA glaubt doch nicht auch an ein beliebig eintretendes Erstarren des öligen Sekrets zu festem; denn er hat ja eingesehen und gelehrt, dafs die Festigkeit der Schuppen ihrem hohen Horngehalt zuzuschreiben sei. Er konnte sich jenen behaupteten „Übergang" also lediglich als einen allmählichen Zuwachs an reinen Hornzellen oder aber als eine stärkere Verhornung der Talgzellen mit relativer Abnahme ihres Fettgehalts denken.

Diese Fragen finden sich gar nicht aufgeworfen, geschweige beantwortet.

Drittens endlich soll die chemische und mikroskopische Untersuchung beider Formen stets dieselben Elemente, nämlich „mit Fetttröpfchen durchtränkte Epidermiszellen“ nachweisen. Dieser Behauptung mufs ich als einer durchaus falschen entschieden entgegen treten. Seit vielen Jahren habe ich alle jene seltenen Fälle von reiner, unkomplizierter, öliger Seborrhöe des Gesichts bei jungen Leuten in den Pubertätsjahren, die mir vorgekommen sind, untersucht und stets den diametral entgegengesetzten Befund erhalten wie bei den Talgschuppen alter Leute, dem Gneis der Kinder, der Vernix caseosa, der gewöhnlichen Pityriasis capitis — nämlich nichts als Fetttropfen, suspendiert in einer serösen, schweifsähnlichen, klaren Flüssigkeit und mit ganz spärlichen, isolierten Hornschüppchen vermengt, nicht mehr als jede gesunde Hautstelle an den Objektträger abgibt, weiter die vollständige Abwesenheit zusammenhängender Hornzellenlager und Talgdrüsenzellen. Wer nicht durch den Namen: Seborrhoea oleosa voreingenommen, stets die Talgdrüsen als Ausgangspunkt dieser Affektion vor Augen hat, sondern unbefangen den klinischen Befund mit dem mikroskopischen zusammenhält, kann gar nicht anders als in diesen Fällen das vom Handteller her bekannte Bild des fettigen Schweifses in höherem Grade erblicken. Es handelt sich hier lediglich um ein abundant geliefertes Knäueldrüsensekret, vermengt mit dem nicht vermehrten, wässerigen Sekret des Papillarkörpers, zwei Flüssigkeiten, die sich unausbleiblich in der Schweifspore mischen, und deren Mischung in diesem Verhältnis natürlich öliger ist als der gewöhnliche, zumeist wässerige Schweifs.

Dieser Zustand, klinisch charakterisiert durch den auffallenden, stets wieder erzeugten Fettglanz einzelner Partien des Gesichts, besonders der Stirn, Nase und Wangen, hin und wieder nur an ganz umschriebenen Stellen, ist stets eine echte Hyperhidrosis — wenn man unter diesem Worte ein jedes, in übermäfsiger Menge den Schweifsporen entquellende Sekret versteht — und zwar, wenn man den hervorragenden Anteil der Knäueldrüsen und des Fettes bezeichnen will, eine Hyperhidrosis

oleosa faciei.[4] Sie steht der gewöhnlichen Hyperhidrosis manuum am nächsten von allen krankhaften Prozessen. Dafs diese „Hyperhidrosis oleosa" häufig mit Akne kombiniert ist und sich hin und wieder auch mit einer Talgschuppeninkrustation verbindet, ist sicher, aber Klarheit gewinnen wir natürlich nur aus reinen, unkomplizierten Fällen. Das für HEBRA entscheidende fehlerhafte Resultat seiner mikroskopischen Untersuchung läfst sich auch nur begreifen, wenn er derartige kombinierte Fälle zur Untersuchung vor sich gehabt hat. Es ist schade, dafs dieses Resultat HEBRA verhinderte, die ölige Form ganz (wie WILSON bereits) von der trockenen zu trennen; er wäre dann — gestützt auf die damals neuen MEISSNERschen Untersuchungen — wohl auch darauf gekommen, der öligen Form die richtige Ursprungsstätte anzuweisen, wozu klinische Anhaltspunkte genug vorhanden waren, und hätte den Irrtum durch seine Autorität nicht verbreiten, sondern zerstreuen helfen.

Unter trockener Seborrhöe begreift F. HEBRA teils allgemeine, teils lokale Erkrankungen der Haut. Als allgemeine führt er, aufser der Vernix caseosa die Pityriasis tabescentium und — höchst bedenklicher Weise — auch die sog. Ichthyosis congenita unter dem WILSONschen Namen: Ichthyosis sebacea neonatorum an, „da auch hier das Horngewebe der Epidermis mit viel Hautschmalz durchsetzt vorkommt" (pag. 92). Woher hier seine unbegreifliche Nachgiebigkeit gegenüber einem damals schon wohlerkannten Irrtum WILSONS, während er, wie wir oben sahen, WILSONS richtige Abtrennung der öligen Seborrhöe nicht in sein System aufnahm? Wie konnte HEBRA jenes maligne, universelle Keratom des Fötus mit seiner stets benignen, universellen Seborrhöe zusammenwerfen? Wie konnte er die pathologischen Veränderungen der Oberhaut, die Risse und Deformationen der Cutis mit seiner eignen Definition der Seborrhöe reimen, die „eine normal aussehende Hautfläche" voraussetzt?

Die Ironie des Schicksals will es nun noch, dafs gerade diese Affektion wie keine andre HEBRA die Augen darüber hätte öffnen können, was das eigentliche Sekret der Knäueldrüsen sei. Denn

[4] Im Gegensatz zu einer Hyperhidrosis aquosa neuritica, calorica etc.

hier liegt es angestaut vor und stellt sich nach den, auch HEBRA bekannten, bereits 1850 publizierten Untersuchungen von H. MÜLLER und KÖLLIKER (*Würzburger Verhandlungen.* Bd. I. pag. 130) als eine rein fettige Masse dar. Gerade hier wies denn auch KYBER später nach (*Med. Jahrbücher.* 1880. pag. 397), dafs die Talgdrüsen verkümmert, daneben aber die Knäueldrüsen gut erhalten und ihre Gänge kolossal entwickelt sind. Wenn er also schon aus der der Hornmasse gegenüber verschwindenden Menge Fett den gewagten Schlufs ziehen wollte, dafs eine Seborrhoea sicca vorlag, so durfte er hier wenigstens nicht die Knäueldrüsen übersehen. Wir können, da die Neuzeit (s. LEBERT, Keratose, und das Lehrbuch von HANS HEBRA) wohl darüber einig ist, dafs hier lediglich ein diffuses Keratom, eine Hyperkeratosis congenita vorliegt, diese Affektion ruhig beiseite lassen. Es bleiben dann als universelle, trockene Seborrhöen nur die Vernix caseosa und die Pityriasis tabescentium übrig.

Zu den lokalen rechnet HEBRA zuerst noch einmal den Gneis der Neugeborenen (den er schon unter der öligen Form aufgeführt hatte), dann die Pityriasis capitis WILLAN, die Stearrhoea flavescens und nigricans WILSON, die Seborrhöe nach Variola, Erysipelas, und endlich das Smegma der Vorhaut und Eichel. Bei letzterer opponiert HEBRA der wohlbegründeten Reklamation KÖLLIKERS, welcher diese Affektion hauptsächlich als eine Oberhautschälung aufgefafst hatte bei sehr geringer Konkurrenz des Sekrets der TYSONschen Drüsen, indem er hervorhob, dafs es nicht auf die Anzahl der Drüsen ankommt, sondern nur darauf, ob überhaupt Drüsen vorhanden seien. Auch hier ist HEBRA gewifs im Unrecht. Schon die Verbreitung des Smegmas ohne Rücksicht auf die Prädilektionsstellen der TYSONschen Drüsen beweist dies, noch sicherer aber die mikroskopische Untersuchung, welche nichts ergibt, als durch Feuchtigkeit aufgequollene, Fett nur spärlich enthaltende Hornlamellen.

Es geht speziell aus dieser Opposition gegen KÖLLIKER hervor (da der hohe Gehalt an Hornschuppen ja an und für sich mit HEBRAS Auffassung sehr gut harmonierte), dafs HEBRA, wenn er die grofse Menge von Hornzellen in allen seborrhoischen Schuppen betont, dabei nur verhornte Talgdrüsenzellen im

Auge hat und keineswegs, wie man wegen Heranziehung der Pityriasisformen glauben könnte, verhornte Oberhautzellen. Mit andern Worten: für HEBRA waren alle Seborrhöen trotz des urgierten Hornzellengehalts der Schuppen lediglich Sekretionsanomalien. Eine Andeutung davon, dafs auch entzündliche, dem Ekzem nahestehende Prozesse unter gewissen Seborrhöen verborgen sein könnten, wie wir sie von CAZENAVE und SCHÈDEL hervorhoben, finden wir bei HEBRA nicht.

Mit dem Erscheinen der zweiten Auflage von HEBRAS Lehrbuch schliefst die erste, mit ALIBERT und RAYER beginnende Epoche unsrer Kenntnisse von der Seborrhöe ab. Es folgt jetzt eine zweite Periode, welche dadurch charakterisiert ist, dafs die von HEBRA festgesetzten Normen mit unendlicher Geduld und blindem Vertrauen von einem Lehrbuch ins andre übernommen worden und dafs die Beobachtungen unsrer bedeutenden älteren Physiologen und Anatomen immer mehr in Vergessenheit gerieten. Die sterilen Abschnitte einer grofsen Reihe moderner Lehrbücher einzeln weiter zu besprechen, verlohnt sich nicht; es würde zu lauter Wiederholungen führen. Wir werden daher in folgendem eine ganze Reihe derselben gemeinschaftlich als „Nachfolger HEBRAS in dieser Spezialfrage" zusammenfassend betrachten.

Drei Fragen waren es ja hauptsächlich, welche in der ersten Periode aufgetaucht waren, um sehr verschieden beantwortet zu werden:

1. Ist die Seborrhoea oleosa ein mit der Seborrhoea sicca wesentlich identischer Prozefs oder nicht?

WILSON hatte hier eine richtige Auffassung angebahnt, indem er beide Prozesse vollkommen trennte (als Hyper- und Parasekretion). Durch HEBRAS Autorität wurde aber jede klinische Differenz in der Folge geflissentlich verwischt.

2. Bestehen die seborrhoischen Auflagerungen der Hauptsache nach aus Fett oder Hornschuppen?

Hier brachte HEBRA die Anschauung, dafs stets ein aus Fett und Hornzellen gemischtes Produkt vorliege, zur Geltung, nachdem WILSON irrtümlicherweise versucht hatte, die Auflagerungen für rein fettige Massen auszugeben. Das quantitative Verhältnis beider stand für HEBRA gar nicht im Vordergrund des Interesses, da er

beide Bestandteile als Produkte der Talgdrüsen ansehen zu können vermeinte.

3. Ist die Seborrhöe eine rein funktionelle Anomalie, oder sind unter diesem Begriffe entzündliche, speziell ekzematöse Prozesse mit einbegriffen?

Diese Frage wurde nur von CAZENAVE gestreift und wäre in weiterer Verfolgung wohl in letzterem Sinne entschieden worden. Aber durch die in dieser Beziehung einheitliche Auffassung von RAYER, WILSON und HEBRA wurden entzündliche Prozesse definitiv ausgeschlossen und die Seborrhoea sicca galt von nun an lediglich als eine funktionelle Störung.

Ganz fraglos dagegen erschien allen Autoren der Ursprung der Seborrhöen verschiedenster Art aus den Talgdrüsen.

Eine grofse Einfachheit war somit allerdings auf diesem Gebiete erzielt, aber sie war eine künstlich zugeschnittene und nur ermöglicht durch die Vernachlässigung histologischer Studien. In den vier genannten Punkten schlossen sich die folgenden Verfasser hervorragender Lehrbücher — meistenteils ohne selbständige, neue Untersuchungen — an HEBRA an:

In Deutschland: KAPOSI, NEUMANN, BEHREND, BOHN, E. VEIEL (ZIEMSSEN), H. HEBRA, LESSER; in England: TILBURY FOX, LIVEING; in Frankreich: HARDY, HILLAIRET; in Amerika BULKLEY (Akne).

Nur über untergeordnete Punkte gehen die Meinungen auseinander. Während z. B. LIVEING HEBRA auch in der Identifizierung von Steatorrhoea und Pityriasis capitis folgt, hält TILBURY FOX an der früher in England herrschenden Ansicht fest, dafs beide Affektionen zu trennen seien, und findet nur, dafs fälschlich häufig Pityriasis capitis für Steatorrhoea diagnostiziert wird.

Die dritte Frage finde ich bei BOHN gestreift, indem er die häufige Komplikation mit Ekzem betont, während KAPOSI und BEHREND komplizierendes Ekzem auf eine hypothetische Reizung durch zersetztes Sekret zurückführen. TILBURY FOX sagt, dafs die Seborrhöe der Kinder Ekzem hervorruft, und eine Art der Seborrhöe des Gesichts Erwachsener wie Ekzem aussieht. Im übrigen aber wird die Differentialdiagnose zwischen Ekzem und

Seborrhöe stets so abgerundet gegeben, dafs ein Uneingeweihter sie für eine stets leichte Sache halten mufs.

Hiermit können wir die „Nachfolger HEBRAS in dieser Frage" beiseite lassen und uns mit mehr Interesse und Gewinn zu einer Gruppe von Autoren wenden, welche durch eigne Arbeit zu eignen Anschauungen geführt wurden und dadurch, selbst wo sie irrten, zur Klärung der vorliegenden Frage das ihrige beigetragen haben. Es sind dieses: POHL-PINCUS, MALASSEZ, PIFFARD, VAN HARLINGEN und SCHUCHARDT. Von den Untersuchungen der letzteren haben dann schon einige Lehrbücher einen gewissen Nutzen gezogen, die Werke von PIFFARD, DUHRING, AUSPITZ. PINCUS, (13) welchem wir in seiner ausgezeichneten, dermatologischerseits noch zu wenig benutzten Arbeit über die Alopecia pityrodes die ersten pathologisch-anatomischen Befunde über die Seborrhoea capitis verdanken, stellte auch die ersten genauen Wägungen der Fett- und Hornmassen in den seborrhoischen Schuppen an. Er fand in verschiedenen Fällen, dafs durchschnittlich $^2/_5$ der Schuppen aus Hornzellen, $^3/_5$ aus Fett gebildet werden (dem Gewicht nach), dafs aber bei starker Fettbildung (Komplikation mit akuter Seborrhöe) $^8/_9$, resp. $^{10}/_{11}$ der Borken aus Fett bestehen. Ich kann dieses Resultat von PINCUS nach einer vor 7 Jahren vorgenommenen Untersuchung bestätigen. Eine bedeutende Menge seborrhoischer Schuppen, die ich von verschiedenen Patienten sammelte und auf einmal mit Äther und Chloroform extrahierte, ergab einen Gewichtsverlust von $^2/_3$. In den Schuppen bestand durchschnittlich $^1/_3$ aus Hornzellen. PINCUS schliefst aus diesem Befunde, dafs die Ansicht von HEBRA allerdings richtig sei, dafs die seborrhoischen Schuppen der Hauptsache nach aus Talgdrüsensekret bestehen; der hornige Anteil erscheint ihm aber doch bedeutend genug, um — der öligen Seborrhöe gegenüber — die Beibehaltung des WILLANschen Namens: Pityriasis, zu rechtfertigen.

Wenn ich F. HEBRA recht verstanden habe, so hält derselbe, gestützt auf die Beschreibungen von KÖLLIKER und VIRCHOW das Talgdrüsensekret für ein den Hornzellen überhaupt nahestehendes, welches sich nur durch den fettigen Inhalt von sonstigen verhornenden Oberhautzellen unterscheidet. HEBRA hätte daher

Pincus erwidern können, daſs die $^2/_5$ restierender horniger Substanz eben der Rest der entfetteten Talgzellenleiber seien und nicht — wie Pincus offenbar annimmt — beigemengte gewöhnliche Hornschicht. Ob Hebra Pincus gegenüber so gedacht hat, weiſs ich nicht. Pincus ist uns aber den Beweis, daſs es sich hierbei nicht um entfettete Talgdrüsenzellen, sondern um einfache Hornzellen handelt, schuldig geblieben.

Näher treten an dieselbe Frage heran die Arbeiten von Malassez und Piffard. Malassez (15—16) fand nach sehr sorgfältiger Entfettung der Schuppen von Pityriasis capitis auſser den bekannten, von ihm für wesentlich gehaltenen Pilzen bloſs Hornzellen, und zwar ausgezeichnet durch eine eigentümliche Vakuolisierung, dagegen keine Talgdrüsenzellen. Piffard (18) bestätigte diesen Befund und gab eine Abbildung solcher Hornzellen, welche sowohl die Malassezschen Pilze wie im Zentrum fast alle jene Vakuolen zeigen. Malassez hatte überdies — neben einer Hypertrophie der Knäueldrüsen — die Talgdrüsen weder an Zahl noch Volumen vermehrt, wohl aber im dritten Stadium der Krankheit zum Teil atrophiert gefunden. Er wies ferner nach, daſs die die Follikeleingänge verschlieſsenden Pfröpfe aus pilzdurchsetzter Hornschicht und nicht aus Talgdrüsensekret bestanden. Hieraus schloſs Piffard, daſs die Hebrasche Ansicht von der Herkunft der Schuppen der Pityriasis capitis aus Talgdrüsen durchaus falsch sei, ja daſs in Wirklichkeit sogar kein Überfluſs an Talgdrüsensekret, keine Seborrhöe, sondern ein Mangel an demselben vorliege, und daſs daher die Pityriasis capitis nicht — wie die Wiener Schule es thue — mit Seborrhöe verwechselt werden dürfe. Demgemäſs beschreibt Piffard unter Acne sebacea auch hauptsächlich nur die Seborrhoea oleosa, wenngleich er das „Eintrocknen“ (!) ihres Sekrets zu einer dünnen Borke zuläſst.

Dieser Schluſs von Piffard erscheint mir, soviel Wahres in demselben stecken mag, sich doch nur auf Malassezs Befunde in der Cutis, auf die mangelnde Hypertrophie der Talgdrüsen und deren teilweise spätere Atrophie stützen zu können. Denn aus Erscheinungen an entfetteten Hornschuppen wird man nie positive Schlüsse über einen Fettgehalt und dessen Herkunft ziehen können. Die Schuppenuntersuchungen von Malassez geben

interessante Aufschlüsse über die Pilze und die Hornzellendegeneration, aber gerade am wenigsten über das Fett. Hätte ein Anhänger von F. HEBRA nicht gerade die vakuolisierten Hornzellen für entfettete Talgdrüsenzellen ansprechen können?

Eine Entscheidung in dieser durch PINCUS und PIFFARD verschieden beantworteten Frage schien bald darauf durch eine Arbeit von VAN HARLINGEN (19) gegeben zu sein. Dieser Autor hatte schon zwei Jahre vorher (A contribution to the pathology of epithelium. *Amer. Jour. Med. Sc.* Juli 1876) behauptet, die Seborrhoea capitis zeige keine Anhäufungen von Talgdrüsensekret, sondern Hornschuppen, die nur mehr als gewöhnlich mit Fett gemengt seien. Jetzt beschäftigte sich VAN HARLINGEN mit dieser Frage näher und schlug den durchaus richtigen Weg ein, zuerst die Natur der Talgdrüsenzellen im Gegensatz zu den Hornzellen an geeigneten Orten zu studieren. Hierzu hielt er, nicht ahnend, daſs man das Fett der Haut auch im Sekret der Knäueldrüsen findet, folgende Stätten für die geeignetsten: zunächst den mittleren und unteren Teil ausgepreſster Komedonen, dann das abgeschabte Sekret einer Seborrhoea oleosa und endlich die auf geröteter Basis aufsitzenden fettigen Schuppen der Seborrhoea sicca von der Brust und dem Rücken. Der letztere Fundort ist offenbar zur Gewinnung reinen Talgdrüsensekrets sehr ungeeignet, da er Hornzellen, Talgdrüsenzellen und Knäueldrüsensekret zugleich beherbergen kann. Das Seborrhoea oleosa-Sekret gibt, mit Vorsicht tropfenweise aufgefangen, nie Talgdrüsenzellen, kann aber solche geben, wenn man es — wie VAN HARLINGEN — abschabt. So bleibt als einziger wirklich gesicherter Fundort nur der Komedoneninhalt übrig. Zwar münden in die groſsen Follikel der Nase auch Knäueldrüsen ein, man kann ja aber die Komedonen anderswoher, von der Stirn, der Brust etc. nehmen.

VAN HARLINGEN argumentiert nun so. KÖLLIKER hat freilich das Talgdrüsensekret mit Hornzellen verglichen, aber LANGERHANS hat inzwischen (1875. *M. Schultzes Archiv*) gezeigt, daſs die Hornzellen von den Stachelzellen absolut getrennt sind durch ÖHLS und SCHRÖNS stratum lucidum und von letzterem, nicht von der Stachelschicht, hergeleitet werden müssen. Hornzellen können also

auch nicht von den Talgdrüsen abgeleitet werden, und wo sie sich massenhaft finden, da liegt — trotz KÖLLIKER und HEBRA — sicher kein Talgdrüsensekret vor, wo sie dagegen spärlich vorkommen, sind sie als Accidens ohne wesentlichen Belang, und das fettige Produkt ist Talgdrüsensekret. Nun hätte VAN HARLINGEN 1878 allerdings schon wissen können, dafs die Ansicht von LANGERHANS bereits 1876 widerlegt war, und zwar von mir durch den Nachweis, dafs die von LANGERHANS beschriebenen, noch unbenannten Zellen eine richtige und wenn auch nicht nothwendige, so doch häufig vorkommende Stufe im Prozefs der Verhornung darstellen, weshalb ich ihnen — im Gegensatz zu LANGERHANS — als einer wichtigen Schicht innerhalb der Oberhaut den Namen stratum granulosum gab. Ich brauche auf eine Widerlegung der Argumentation von VAN HARLINGEN heute wohl nicht näher einzugehen. Denn meine Behauptung von der Zusammengehörigkeit der Stachel- und Hornzellen trotz der zwischengelagerten Körnerzellen ist von allen heutigen Histologen anerkannt und nicht wieder bestritten worden; die vorher geltende Ansicht klingt nur noch in der üblen Angewohnheit auch der besten heutigen Dermatologen nach, zuweilen statt Hornschicht Epidermis zu sagen, obgleich Epidermis nun einmal die ganze Oberhaut bedeutet. Mithin könnten sehr wohl, wenn keine besseren Kriterien es widerlegten, Hornzellen auch aus den Talgdrüsen stammen, wie HEBRA es a priori annahm. Da ich weiter zu wiederholten malen nachgewiesen habe, dafs einfache Aufquellung der Oberhaut sowie Verhornung unter grofsem Drucke schon die Keratohyalinkörner verschwinden läfst, so kann der Mangel derselben in den Talgdrüsenzellen während der Verfettung nicht dagegen ins Feld geführt werden, dafs der Zellenmantel derselben richtig verhornt sei. Schon das Auftreten des Fettes könnte ja die Bildung des Keratohyalins hindern, ohne dafs dabei die Verhornung im geringsten zu leiden brauchte.

Es müssen also notwendig andre Kriterien herbeigezogen werden, um die Zellen des Talgdrüsensekrets von Hornzellen zu unterscheiden. Das naheliegendste ist natürlich der Ort des Fettes. In dem Talgdrüsensekret liegt das Fett in und zwi-

schen den Zellen, in fettigen Schuppen nur zwischen den Zellen.[5]

VAN HARLINGEN hat nun allerdings in dem unteren Teil des Komedo nach (hoffentlich ungenügender) Entfettung in Äther eine aus Fetttröpfchen bestehende fettige Degeneration um eine mittlere helle Vakuole gefunden. Obgleich diese Zellen mit heller, zentraler Vakuole doch sehr den MALASSEZ-PIFFARDschen Hornzellen ähneln, sagt VAN HARLINGEN, dafs keine Zellen vorhanden waren, welche Hornzellen glichen.

Bei der Seborrhoea oleosa fand VAN HARLINGEN viele mit Fett gefüllte Epithelialzellen und sehr wenig Hornzellen; das betreffende Sekret war nicht entfettet worden. Dieser Befund würde eine Bedeutung beanspruchen können, wenn das Sekret zweckmäfsiger aufgefangen worden wäre.

In der Seborrhoea sicca von Brust und Rücken zeigten sich die Zellen körnig durchsetzt, einige enthielten Fetttropfen. Diese Schuppen waren nicht vor der Untersuchung entfettet.

In allen diesen so äufserst verschiedenen Fällen glaubt VAN HARLINGEN nun ein und dasselbe Talgdrüsensekret vor sich zu haben, obgleich die Befunde seiner Beschreibung nach durchaus nicht ganz gleichartig sind und nach verschiedenen Prozeduren zur Untersuchung gelangten. Man ist gespannt, wie sich nun in bezug auf den Zellengehalt die Pityriasis capitis verhält. VAN HARLINGEN untersuchte nun gerade diese Schuppen, nachdem er sie einige Wochen (some weeks) in Äther gelassen hatte, und fand zum Unterschiede von jenen Seborrhöen keinen körnigen Inhalt, keine Fetttröpfchen, keine Zeichen fettiger Degeneration. Natürlich; gab es denn ein besseres Mittel, um diese Zeichen verschwinden zu lassen, als wochenlange Immersion in Äther? Kann denn eine Methode zur Untersuchung des Fettgehaltes als Hauptmethode überhaupt zugelassen werden, welche dieses Fett einfach vorher extrahiert? Mufste VAN HARLINGEN, um seinen Zweck zu erreichen, nicht vielmehr zunächst in allen Fällen das Fett auf die gleiche Weise sorgfältig konservieren? Auch selbst das Färbemittel ist hier und dort gewechselt, dort eine Anilinfarbe,

[5] LIEBREICHS Cholestearinfett ist nicht innerhalb der Hornzellen in Tröpfchen, sondern gleichmäfsig imbibiert vorhanden.

hier Karmin. Dadurch können sehr wohl bei den Seborrhöen die Kerne stärker gefärbt worden sein, als bei der Pityriasis. Die erste Forderung derartiger vergleichender Untersuchungen ist doch natürlich die, dafs die verschiedenen Objekte absolut den gleichen Untersuchungsbedingungen unterworfen werden.

So richtig der Schlufs auch an und für sich sein mag, dafs die Pityriasis capitis von den Seborrhöen ganz zu trennen sei, ich kann der Argumentation VAN HARLINGENS in keinem einzigen Punkte volle Beweiskraft zumessen. Und doch schulden wir dem Autor Dank für die Inangriffnahme dieses unbebauten Gebietes. In seine Fehler werden seine Nachfolger nicht verfallen.

Die genannten Arbeiten sind in dem Lehrbuch von DUHRING (21) bereits mit verwertet, und das betreffende Kapitel zeichnet sich vor dem der meisten modernen Lehrbürcher durch die umsichtige Kritik und originale Auffassung des Verfassers aus. Besonders hervorheben möchte ich, dafs DUHRING die ölige und krustöse Form der Seborrhöe gebührend trennt; er erkennt allerdings Mischformen an, aber nur in der Weise, dafs die ölige Form das Gesicht, die trockene den behaarten Kopf befällt. Dagegen kennt er keinen direkten Übergang der einen in die andre Form. Weiterhin bespricht DUHRING ausführlich die subjektiven und objektiven Symptome der nicht immer, aber doch häufig die Seborrhoea sicca begleitenden Entzündung; das Jucken und die Schmerzen sind nach ihm zuweilen sehr bedeutend. Endlich beschreibt dieser Autor zum erstenmal ausführlich die bisher in den Lehrbüchern vernachlässigte, elementare Form der trockenen Seborrhöe in der Sternal- und Interskapulargegend.

Nicht ohne Wert sind auch einige der von BARTHÉLÉMY der französischen Übersetzung von DUHRINGS Buch hinzugefügten Anmerkungen. BARTHÉLÉMY weist die Auffassung des Smegma praeputiale, der Vernix caseosa und Pityriasis capitis als eigentliche Seborrhöen zurück. Sehr richtig bemerkt er, dafs beim Fötus die Talgdrüsen überhaupt noch rudimentär und auf dem Praeputium äufserst spärlich sind. Es handele sich hier um desorganisierte, verfettete epitheliale Massen. Die Pityriasis capitis sei ein katarrhalischer (d. h. also doch ekzematöser) Prozefs der Kopfhaut. Endlich unterläfst es BARTHÉLÉMY auch nicht, auf die Fettproduktion

der Knäueldrüsen hinzuweisen: „Les glandes sudoripares cependant secrètent incontestablement la graisse et, chose remarquable, en plus grande quantité peutêtre que les glandes sébacées.“

Auch AUSPITZ (20) trennt, PINCUS, PIFFARD und VAN HARLINGEN folgend, die Pityriasis capitis ganz von der Seborrhöe, läfst aber eine krustöse Seborrhöe neben der öligen bestehen. Ebenfalls schliefst sich MICHELSON (22) der Auffassung von PINCUS an.

Wir kommen endlich zu der neuesten, diesen Gegenstand behandelnden Arbeit von SCHUCHARDT (23), in welcher derselbe eigne Untersuchungen über die von VOLKMANN zuerst beschriebenen, seborrhagischen Hautkarcinome mitteilt. Diese entwickeln sich aus den bei alten Leuten der niedern Stände hin und wieder vorkommenden seborrhoischen Schuppen und Warzen. SCHUCHARDT betont, dafs die Schuppen sich schwer abkratzen lassen und eine blutende erodierte Hautfläche hinterlassen; es handelt sich dabei also keinenfalls — eine Frage, die der Verfasser offen läfst — um ergossenes Talgdrüsensekret. Besonders wichtig ist für uns die mikroskopische Untersuchung eines solchen noch nicht karcinomatös entarteten Fleckes. Die Hornschicht ist regelmäfsig verdickt, teils locker, teils zu festen Hornmassen gepreſst, womit sicher die verschiedene Tinktion durch Pikrokarmin — hier gelb mit roten stäbchenförmigen Kernen, dort rot ohne sichtbare Kerne —, welche SCHUCHARDT fand, zusammenhängt. Die Talgdrüsen waren, ganz wie MALLASSEZ es für die Pityriasis capitis fand, normal; dagegen zeigten sich die Follikelausgänge verpfropft und erweitert durch Hornmassen, welche dem Talgdrüsensekret sichtbarlich den Weg verlegten und es aufstauten. Dabei war in der Cutis, besonders im Papillarkörper, eine kleinzellige Infiltration vorhanden. SCHUCHARDT schliefst aus diesem Befunde, dafs die „senile Seborrhöe keine auf die Talgdrüsen beschränkte Störung“, sondern eine allgemeine Parakeratose sei. Aber er glaubt doch, dafs in der Anomalie der Talgdrüsensekretion der eigentliche Ausgangspunkt der Affektion gefunden werden müsse, da die Parakeratose der Haarbälge so sehr in den Vordergrund tritt. Hierzu ist zu bemerken, dafs SCHUCHARDT gar keine Anomalie der Sekretion als etwas Primäres, keine Parasteatose gefunden hat, sondern im Gegenteile sagt, dafs das normale Sekret lediglich durch die

Parakeratose des Haarbalgtrichters zurückgehalten wird. Es ist schade, daſs SCHUCHARDT gerade nach seinen so prägnanten Befunden uns das Bild der entzündlichen Parakeratose nicht noch genauer entwickelt hat; er war — obgleich noch befangen in der schulmäſsigen Theorie der funktionellen Talgdrüsenstörung, auf dem besten Wege, eine bessere Anschauung an die Stelle zu setzen. Zum Teil hinderte ihn offenbar auch die ungenügende Methode der Untersuchung, denn auch er hat, wenn er auch Osmiumsäure auf frische Schnitte anwandte, der Hauptsache nach jedenfalls an Alkoholpräparaten gearbeitet; sonst wären ihm nicht die verschiedenen Reaktionen des Horns auf Pikrokarmin (welche ich bereits 1875 beschrieben) so sehr aufgefallen. Die vollständige Verbreitung des Fettes in der Haut bei dieser Affektion konnte sich ihm so auch nicht offenbaren.

Fassen wir nun die Resultate dieser dritten Autorengruppe kurz zusammen, welche zur HEBRAschen Lehre sich in einen gewissen Gegensatz gestellt haben. Zunächst bricht sich bei PIFFARD und noch deutlicher bei DUHRING die alte WILSONsche Lehre wieder Bahn, nach welcher die ölige und die trockene Seborrhöe klinisch scharf unterschiedene Krankheitsbilder sind, wie auch anderseits die Pityriasis capitis von den eigentlichen Seborrhöen zu trennen ist. Ob die trockene Form der Seborrhöe mit der Pityriasis capitis zu identifizieren sei, darüber sind einige Autoren unter sich und viele auch mit sich selbst nicht einig.

Wertvoller ist die Beachtung, welche die die trockene Form begleitenden entzündlichen Symptome von DUHRING und BARTHELÉMY erfuhren, nachdem CAZENAVES Beobachtungen unter dem nivellierenden Einflusse der HEBRAschen Lehre in Vergessenheit geraten waren oder als sekundäre Reizungen durch zersetzte Sekrete hypothetisch gedeutet wurden.

In ätiologischer Beziehung ist ein gewisser Fortschritt unverkennbar, den wir MALASSEZ und PIFFARD verdanken. Die Pityriasis capitis ist — selbst wenn sie mit Seborrhoea sicca capitis identisch sein sollte — keinesfalls eine Talgdrüsenerkrankung, denn diese Drüsen sind normal oder atrophiert und in abnormer Weise durch Hornschicht verschlossen, ohne — was bei abundanter Sekretion ja nötig wäre — Sekretionscysten zu bilden. SCHUCHARDT

bestätigt diese Befunde, ohne von ihnen zu wissen, zieht aber nicht die richtigen Konsequenzen daraus, wie es PIFFARD bereits gethan.

Es hätte nun wohl nahe gelegen, den weiteren Schritt zu thun und sich zu fragen, ob denn die Talgdrüsen mit dem Reste der Seborrhöen wirklich, wie es in allen Büchern heifst, etwas zu thun haben. Dieser notwendige Schritt ist nirgends geschehen. Notwendig ist er, da die besten Kliniker, vor allem F. HEBRA, die klinische Zusammengehörigkeit der Pityriasis mit der trockenen Seborrhöe betont haben. Die nie widerlegte Thatsache, dafs die Knäueldrüsen die vornehmste Fettquelle der Haut sind, hat bisher merkwürdiger Weise noch niemand veranlafst, zu erforschen, ob sie nicht die ölige oder trockene Seborrhöe allein erzeugen. Wo aber diese Dinge noch nicht untersucht, geschweige irgend jemand genau bekannt sind, darf auch niemand behaupten, wirkliche Kenntnisse über das Wesen der seborrhoischen Affektionen zu besitzen. Diese nehmen erst ihren Anfang mit der Erledigung folgender Vorfragen:

1. Worin unterscheidet sich histologisch (morphologisch und mikrochemisch) eine Talgdrüsenzelle aufserhalb der Drüse von einer eingefetteten Hornzelle?

Hier wäre zuvörderst zu untersuchen, ob die abgestofsenen Talgdrüsenzellen einen verhornten Mantel besitzen oder nicht. Nach Feststellung der zu erwartenden Differenzen fragt es sich, ob entleerte Talgdrüsenhüllen sich stets und sicher von Hornzellen unterscheiden lassen. Das voraussichtlich positive Resultat dient sodann weiter zur Entscheidung der Frage:

2. Woher stammt der zellige Anteil der Produkte sämtlicher seborrhoischer Affektionen?

Hier sind alle einzelnen Affektionen durchaus getrennt und mit gleicher Gründlichkeit zu untersuchen, und es ist nie von einer auf die andern zu schliefsen. Besondere Beachtung verdient die vollkommene Gleichheit der Untersuchungsmethoden in allen einzelnen Fällen.

3. Woher stammt der fettige Anteil sämtlicher trockener, entzündlicher und nicht entzündlicher Seborrhöen?

Wir warnen noch einmal, diese Untersuchungsreihe an Alkohol- oder Ätherpräparaten zu beginnen; dieselben können höch-

stens zur Ergänzung herangezogen werden. Das Hauptaugenmerk bleibt die Auffindung einer zuverlässigen Methode, alles Fett im Präparat bis zur Montierung des Schnittes zu konservieren.

4. Woher stammt das Fett der öligen Seborrhöe, besser Hyperhidrosis oleosa?

Hier kommen hauptsächlich klinische Untersuchungen neben gelegentlichen Nekropsien und Zoopsien in Betracht.

5. Gibt es überhaupt eine trockene Seborrhöe resp. Pityriasis ohne irgend welche entzündliche Erscheinungen?

Diese Frage ist sicher nur durch Nekropsie und Zoopsie zu entscheiden und wird voraussichtlich — wenn man sich entschliefst, die Vernix caseosa auszuscheiden — nach unsrer Ansicht verneinend ausfallen.

6. Gibt es überhaupt eine einfache, funktionelle Hypersekretion der Talgdrüsen und zeigt eine solche die Erscheinungen etwelcher Seborrhöe?

Die Untersuchungen von VAN HARLINGEN sind mit besserer Methode wieder aufzunehmen. Bisher ist eine solche nirgends nachgewiesen. Die Cystenbildungen gehören natürlich nicht zur rein funktionellen Hypersteatose.

7. Gibt es eine einfach funktionelle Hypersekretion der Knäueldrüsen und zeigt eine solche die Erscheinungen etwelcher Seborrhöe?

Es ist für mich so gut wie sicher gestellt, dafs eine Hypersekretion der Knäueldrüsen (Hyperhidrosis oleosa) alle Erscheinungen der öligen Seborrhöe beim Erwachsenen und der Vernix caseosa, einer Form der sog. trockenen Seborrhöe beim Fötus und Neugeborenen, vollkommen deckt.

An die Erledigung dieser Vorfragen knüpfen sich dann weiter die folgenden drei wichtigen Fragen an:

8. Lassen sich histologisch entzündliche Erscheinungen an den Knäueldrüsen bei den trockenen Seborrhöen nachweisen?

9. Wenn dem so ist, wodurch werden die entzündlichen Erscheinungen hervorgerufen?

10. Ist dieselbe Ursache auch im stande, die Ober-

flächenentzündung mit nachfolgender Parakeratose, also das Gesamtbild des fettigen Katarrhs, der seborrhoischen Parakeratose zu erklären?

Durch erschöpfende Beantwortung dieser Fragen würde nach meiner Meinung das Wesen sämtlicher seborrhoischen Affektionen ein für alle mal geklärt und eine Reihe bisher willkürlich gebrauchter Begriffe entweder feste Bedeutung erhalten oder obsolet werden. Dann erst können wir behaupten, über diese Klasse von Dermatosen positive Kenntnisse zu besitzen.

Litteratur.

1. 1835. Gurlt. *Vergleichende Untersuchungen über die Haut des Menschen und der Haussäugethiere.*
2. 1835. Alibert. *Monographie des Dermatoses.* Tl. II. pag. 72 ff.
3. 1837. Rayer. *Theoret.-prakt. Darstellung der Hautkrankheiten.* Deutsch von Stannius. Tl. III. pag. 298 ff.
4. 1838. Biett, Cazenave u. Schedel. *Abrégé pratique des maladies de la peau.* 3. édit. pag. 256 ff.
5. 1840. Fuchs. *Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge.* pag. 226 ff.
6. 1844. C. F. T. Krause. *Physiologie der Haut.*
7. 1850. Erasmus Wilson. *Die Krankheiten der Haut.* Deutsch von Schröder. pag. 472.
8. 1855. Kölliker. *Handbuch der Gewebelehre.* 2. Auflage.
9. 1857. Meissner. Schweifs. — *Zeitschr. f. rat. Pathol.* — *Jahresbericht über die Fortschritte der Physiologie* von 1856. pag. 284 ff.
10. 1859. Meissner. Ebenda. Bd. V. pag. 129.
11. 1859. Bärensprung. *Die Hautkrankheiten.* 1. Lief. pag. 43.
12. 1860. H. Zeissl. Krankheiten der Haut, die durch Anomalien der Secretion der Hautdrüsen entstehen. *Virchows Handbuch der spec. Pathologie und Therapie.* Bd. III.
    Hebra. *Acute Exantheme und Hautkrankheiten.*
13. 1867. Pincus. Das zweite Stadium der Alopecia pityrodes. *Virchows Archiv.* Bd. 41. pag. 338 ff.
14. 1874. F. Hebra. *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 2. Auflage. Bd. I pag. 84.
15. 1874. Malassez. Note sur le champignon du Pityriasis simple. *Archiv de Physiologie.* 1874. pag. 451.
16. 1874. Malassez. Note sur l'anatomie pathologique de l'Alopécie pityriasique. Ebenda. pag. 464.

17. 1874. Chincholle. *De la nature parasitaire du pityriasis capitis et de l'alopécie consécutive.* Thèse de Paris.
18. 1876. Piffard. *An elementary treatise upon Diseases of the skin.* pag. 194. ff.
19. 1878. Van Harlingen. The pathology of Seborrhoea. *Archives of Dermatology.* Vol. IV. pag. 97.
20. 1881. Auspitz. *System der Hautkrankheiten.* pag. 138.
21. 1883. Duhring. *Traité pratique des maladies de la peau,* traduit et annoté sur la deuxième édition par Barthélémy et Colson. pag. 103. ff.
22. 1884. Michelson. *v. Ziemssens Handbuch der Hautkrankheiten.* Tl. II. pag. 115, 118.
23. 1885. Schuchardt. *Beiträge zur Entstehung der Carcinome.* Habilitationsschrift. pag. 37 ff.

Referate.

Prof. B. Tarnowski. **Über die Quellen der Syphilisverbreitung im Anschluſs an die Mitteilung eines Falles von Excision der Initialsklerose.** (*Wratsch.* No. 18. russ.)

Am 26. November 1886 wandte sich an T. ein 30jähriger Mann, welcher vor 4 Tagen einen lineären Schleimhautriſs an der Innenfläche des Präputiums bemerkt hatte (nachdem vor 27 Tagen der letzte Coitus geübt). Ferner fand sich eine linksseitige Inguinaldrüse seit 2 Wochen vergröſsert (angeblich nach Reitübungen entstanden). Die Exkoriation maſs 8 mm und war 5 mm breit, der Boden rot, glatt, die Ränder nicht erhaben. Induration nicht vorhanden. Für verdächtig hielt T. die fleischrote, glänzende, wie geölte Oberfläche, namentlich den Fettglanz, welcher mit Watte leicht entfernt wird, aber nach einigen Minuten wieder erscheint, und proponierte dem sehr aufgeregten Patient die Excision. Obgleich T. keine Erfolge von derselben bisher gesehen, wollte er sie nochmals in diesem so frischen Falle versuchen. T. machte die Excision mit Entfernung von 1 cm der Umgebung der Exkoriation, die 3 cm lange Wunde heilte unter täglicher Jodoformbestreuung (nicht genäht) per granulationem. Am 12. Tage p. excis. fühlte man leichte Verhärtung des Bodens, am 26. Tage leichte Lymphangoitis dorsalis. Am 28. Tage p. excis. und den 32. Tag seit Erscheinen der Exkoriation trat unter Fieber Roseola auf.

Im ganzen hat T. 15 mal nicht später wie am 4. Tage des Auftretens der ersten Lokalerscheinung, und 48 mal 5 Tage — 3 Wochen nach Erscheinung der Initialsklerose, also 63 mal, excidiert und stets mit negativem Resultat d. h. stets traten Allgemeinerscheinungen auf, so daſs sich auch Tarnowski entschieden dagegen ausspricht, daſs durch die Excision die Entwickelung der Syphilis verhindert werde.

Bezüglich der Infektionsquelle im vorliegenden Falle teilt T. folgendes

mit: Patient wollte durchaus nicht glauben sich infiziert zu haben, denn die einzige Person, mit welcher er kohabitierte, war eine wohlsituierte Maitresse, deren Zuhälter gesund war, und daher bat er T. sie zu besichtigen. Es war eine junge Person, welche in verschämter Weise jede Krankheit leugnete und höchstens zugab, von dem Pat. infiziert sein zu können. Die Besichtigung jedoch ergab, ein verheilendes Ulc. indurat lab. maj., vergrößerte Lymphdrüsen und ein frisches makulöses Syphilid. Später erwies es sich jedoch, daſs die „Dame“ bereits wegen Syphilis in Behandlung stand und ihr Zuhälter nur deshalb nicht infiziert wurde, weil er bereits Syphilis überstanden. Trotz allem Versprechen nicht weiter zu kohabitieren, erschreckt durch ihren Zustand, verlieſs sie T., infizierte jedoch trotzdem kurze Zeit darauf noch drei junge Leute.

Tarnowski fragt nun, ob es in solchen Fällen sich nicht um Fälle „moralischen Irreseins“ handele, wie bei jenen jungen Mädchen, die Säuglingen Nadeln ins Gehirn stechen, ruhig deren Todeskampf ansehen und sie nachher gemeinsam mit den Eltern beweinen? Oder ist das Geschlechtsgefühl so erregt, daſs alle Überlegung schwindet? T. möchte erstere Frage bejahen und derartige Personen, die wiederholt bewuſst mit Syphilis infizieren, nicht zu den normalen Menschen rechnen.

Zum Schluſs lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf diese Frage und meint, bei der Diskussion der Prostitutionsfrage müſste man unterscheiden, ob man es mit „gesunden“ oder „moralisch kranken“ Weibern zu thun habe.

St. Petersburg. O. Petersen.

Über den Gang der Temperatur bei Erysipelas, von Dr. Marcus. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die Analyse der in dieser Arbeit enthaltenen Beobachtungen läſst deutlich die Analogie erkennen, welche zwischen dem Erysipel und andern cyklisch verlaufenden fieberhaften Krankheiten besteht. Dieselbe Periode des Ansteigens, dieselbe regelmäſsige Entwickelung und dieselbe Neigung zu plötzlichem Fieberabfall, welcher indessen in den Fällen fehlen kann, wo die Krankheit sich durch eine Reihe heftiger Nachschübe selbst unterhält. Man könnte noch hinzufügen, dieselben schweren Zeichen der Temperaturerhebung, wenn es gegen das Ende geht. Der Gang der Temperatur ist also ein Beweis für die infektiöse Natur des Erysipels und ist gleichzeitig geeignet, uns einsehen zu lassen, wie ungenügend manchmal die innere Medikation und die Antiseptica sind, um die Dauer des erysipelatösen Fiebers abzukürzen.

Ein andrer Schluſs läſst sich noch aus dieser Arbeit ziehen, nämlich daſs das sogenannte chirurgische Erysipel dieselben Eigenschaften darzubieten scheint, wie das spontane Erysipel, und überhaupt von demselben

nicht unterschieden werden darf. Man kann in dieser Thatsache einen Beweis zu gunsten der Identität der Natur dieser beiden bisher getrennten Formen erblicken, sowie einen Beweis für die Einheit ihrer Natur.

Lille. A. TAVERNIER.

Kalte Bäder bei der Behandlung des Gesichtserysipels, von A. DUCHER. (*Thèse de Lyon.* 1886.)

Die lokale Anwendung des kalten Wassers ist bei der Behandlung des Erysipels des Gesichtes seit langer Zeit bekannt. HIPPOKRATES empfiehlt die Kälte bei allen Phlogosen und bei nicht ulceriertem Erysipel. CELSUS und GALEN sind derselben Ansicht. Im 16. Jahrhundert behandelte AMBROISE PARÉ das Erysipel mit Blutentziehungen und örtlich mit kalten Umschlägen. Im 17. Jahrhundert ist es CRÉSIENZO, welcher für die Heilung des Erysipels sehr nützlich hält, wenn die Patienten 7—8 Tage lang jede Stunde eine Flasche kaltes Wasser trinken. PERCY macht im *Dictionnaire des sciences médicales* auf die günstige Beeinflussung des Schmerzes durch kaltes Wasser aufmerksam. Ebenso war die Ansicht CLOQUETS, welcher das kalte Wasser für ein Antidot des Erysipels erklärt. In der Mitte des 18. Jahrhunderts hatte J. S. HAHN kalte Wasserumschläge gegen Erysipel, Variola etc. empfohlen. Im Jahre 1821 erschien die Arbeit von FRÖHLICH, in welcher über 30 Beobachtungen besprochen wurden, welche die günstige Wirkung kalten Wassers sowohl auf das Fieber als auf das Erysipel selbst bewiesen. 1833 erschien in der *Gazette médicale* eine Bemerkung von GONZÉE über die Behandlung des Erysipels des Gesichts mit alkoholischen kalten Umschlägen. HEBRA war der erste, welcher das Vollbad beim Erysipel anwandte. Schliefslich trat BRANDT auf, welcher die heftigen Symptome, welche das Gesichtserysipel begleiten, ebenso schnell wie sicher ganz allein mit Vollbädern und kalten Begiefsungen heilte.

Nach diesem historischen Überblick analysiert der Verf. die Wirkung kalter Bäder beim Gesichtserysipel und studiert ihre Einwirkung auf die Temperatur, die nervösen Symptome, die Störungen des Verdauungs- und uropoetischen Apparates, die lokale Läsion und endlich auf den Gang der Krankheit. Nach einigen Worten über die Kontraindikation der BRANDTschen Methode schliefst er mit den Worten, dafs die abkühlende Behandlung zu denjenigen gehöre, welche am geeignetsten zur Bekämpfung der schweren Erscheinungen des Gesichtserysipels erscheinen.

Lille. A. TAVERNIER.

Über einige durch oberflächliche Angiome hervorgerufene Entwickelungsstörungen des Skelettes, von R. DUZEU. (*Thèse de Lyon.* 1886.)

Der Verf. stützt sich auf die von ihm in den Hospitälern von Lyon gesammelten neuen Thatsachen, welche bereits zum Teil auf dem Kongrefs von Grénoble mitgeteilt sind, und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Einige oberflächliche und ausgebreitete Naevi scheinen an den Extremitäten von Hypertrophien und beträchtlicher Vermehrung des Längenwachstums begleitet zu sein.

2. Der Hauptgrund dieser Knochenhypertrophien scheint in Überaktivität der Epiphysenknorpel und der knochenbildenden Funktion des Periostes während der Periode des Wachstums des Skelettes zu bestehen. Diese Erscheinungen entstehen durch den Einfluſs des Naevus auf die Verstärkung der Zirkulation im Niveau der juxtaepiphysären Knochenteile.

3. Es erscheint wenig wahrscheinlich, daſs diese Knochenvergröſserungen die Folge eines intraossealen Naevus sind. Jedoch wäre es möglich, daſs eine allgemeine Zirkulationsstörung sowohl die Knochenvergröſserung als den Naevus verursachte.

4. Am Kopf und im Gesicht findet man oft verhältnismäſsig oberflächliche Naevi. Auch hier erscheinen Knochenhypertrophien.

5. Es kommen im Gesicht und am Kopf auch Naevi vor, welche eine Atrophie der darunter liegenden Knochen bewirken. Es scheint, als ob in diesem Falle Naevus und Atrophie von derselben Ursache abhängen, nämlich von Entwickelungshemmung oder -störung im Bereiche eines Kiemenbogens.

6. Die ausschlieſslich papillären oder Pigmentnaevi ohne besondere Entwickelung des Gefäſssystems gehen weder an den Extremitäten noch am Kopf oder im Gesicht mit Hypertrophien der Knochen oder der benachbarten Gewebe einher.

Lille. A. Tavernier.

Studie über die Pathologie und pathologische Anatomie des Erysipels, von Dr. Maurice Denucé. (*Thèse de Bordeaux.* 1886.)

Bis gegen das Ende des letzten Jahrhunderts war nirgends von der Spezifizität oder der Infektiosität des Erysipels die Rede. Zuerst sprach Lorry 1777 den Gedanken der Kontagiosität aus. Diese von Wells 1800 gebilligte Ansicht wurde durch die Arbeiten von Travers, Copland, Bright und Nunneley bestätigt. In Frankreich wurde sie von Alibert, Rayer und 1854 noch von Valleix verworfen. In Deutschland scheinen Langenbeck, Richter und Rust keine Idee davon gehabt zu haben. Psorry nannte jedoch schon 1834 das Erysipel eine septische Hautentzündung. Velpeau suchte die Ursache desselben in von aufsen kommenden Ansteckungsstoffen. Allmählich fand Trousseau, daſs eine Kontinuitätstrennung der Haut der Ausgangspunkt des Erysipels sein müsse. Martin und Volkmann fanden 1865, daſs der das Erysipel verursachende Ansteckungsstoff durch

zersetzten Eiter entstände. 1868 fand Nepreu in einer Blutprobe aus einer erysipelatösen Stelle eine grofse Anzahl von Bacterium punctum Ehrenberg. 1869 betrachtete Hueter, wie aus seinen Publikationen im *Medizinischen Centralblatt* hervorgeht, das Erysipel als eine diffuse Diphtherie der Haut. 1872 entdeckte Wilde einen aus dem erysipelatösen Blute dargestellten Mikrokokkus. 1875 fand er in den Blasen sphärische Bakterien, isoliert oder in unbeweglichen Reihen. 1874 wies Lukowsky aus dem Laboratorium Recklinghausens nach, dafs die Lymphräume mit Kokken angefüllt seien, welche in den Kapillaren der Niere, des Myocards und der Lunge Embolien bildeten. 1876 fand Prof. Bouchard in Paris die Bakterien paarweise oder in Ketten angeordnet im Serum der Blasen. 1880 zeigten Billroth und Ehrlich die Anwesenheit von Bakterien in den Blut- und Lymphgefäfsen der Haut, in den Kapillaren der Leber, der Nieren und in den Harnkanälchen. Schliefslich kamen die Arbeiten von Fehleisen, bestätigt von Koch, Cornil und Babès, welche in endgültiger Weise die bakterielle Natur des Erysipels nachweisen, sowie die spezifischen Eigenschaften des dabei gefundenen Kokkus. Nach dieser historischen Arbeit studiert der Verf. das Aufsuchen des Streptokokkus in den Geweben, seine Kulturmethoden und seine Unterscheidung von andern Bakterien.

Im zweiten Teil seiner Arbeit beschäftigt sich Dr. Denucé mit den an der Haut, den Lymphgefäfsen, den Atmungsorganen, den Ohren und Augen bewirkten Veränderungen. Er beschreibt die Veränderungen des Blutes, des Herzens, der grofsen Gefäfse, der Nieren, der Leber, der Milz, des Magens und der Eingeweide.

Ein drittes Kapitel enthält die durch Erysipel verursachten Nervenkrankheiten.

Lille. A. Tavernier.

Der massive Leberkrebs, von Dr. A. Gilbert. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Dr. Gilbert beabsichtigt eine Studie über den primären Krebs der Leber wieder aufzunehmen. Die von ihm als primäre Carcinomatose bezeichnete besondere Form ist bemerkenswert durch ihren anatomischen Charakter sowie durch ihre besondere klinische Entwickelung, so dafs sie eine besondere Krankheitsform darstellt. Der primäre Leberkrebs zeigt sich nach Gilbert in 2 Formen: die knotige und massive Form. Der knotige Krebs kann vom sekundären nur durch eine mikroskopische Untersuchung unterschieden werden. Der massive Krebs hingegen zeigt eine charakteristische Form des primären Leberkarcinoms. Zwar ist diese Form kurz erwähnt worden von Cornil und Ranvier in ihrem *Traité d'anatomie pathologique*, von Rendu im *Dictionnaire* de Dechambre, von Schüppel in Ziemssens Encyclopädie, von Murchison in seinen Vorlesungen, jedoch war sie niemals Gegenstand genauerer Untersuchungen.

Bei der äufseren Besichtigung zeigt die Leber, welche der Sitz eines massiven Karcinoms ist, keine Deformation oder irgend eine Veränderung, welche man dem Eingeweidekarcinom beizulegen gewohnt ist. Sie erscheint in allen Teilen hypertrophiert oder auch nur in 1 Lappen. Die Oberfläche ist glatt wie bei einer normalen Leber. Die Farbe ist auch nicht auffallend, manchmal gelblich oder marmoriert. Um ein richtiges Urteil über die Ausbreitung der Krankheit zu bekommen, mufs man Längsschnitte durch das Organ machen. Dann sieht man oft das ganze Organ in eine massive Neubildung von weicher oder härtlicher Konsistenz verwandelt; durch den scharfen Löffel kann man eine variierende Menge Krebssaft ausdrücken. Der rechte Leberlappen ist der Lieblingssitz dieser Erkrankung, welche auf diesen beschränkt bleiben oder sich zugleich auf den Lobus quadratus, den Lobus Spiegelii und den linken Lappen verbreiten kann. In der Mehrzahl der Fälle reicht die karcinomatöse Masse bis zur Glissenschen Kapsel. Manchmal bleibt sie auch durch gesundes Gewebe von ihr getrennt. Die mit der Leber in Verbindung stehenden Lymphdrüsen verfallen oft der käsigen Degeneration. Sekundäre Knoten fehlen in der Regel. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt der massive Krebs nichts Besonderes. Der Verf. unterscheidet 4 Haupttypen des alveolären Karcinoms.

1. Alveoläres Epitheliom mit Riesenzellen.
2. Alveoläres Epitheliom mit kleinen Cylinderzellen.
3. Alveoläres Epitheliom mit Cylinderzellen.
4. Alveoläres Epitheliom mit polymorphen Zellen.

Das gewöhnlichste ist das Cylinderzellenepitheliom. Der massive Krebs ist bei Männern häufiger als bei Frauen. Er entwickelt sich im mittleren oder vorgerückten Alter, besonders bei Alkoholikern. Seine Entwickelung macht sich bemerkbar durch Verminderung des Appetits, durch Dyspepsie, manchmal durch Schmerzen. Es kommt hierzu die Verminderung der Kräfte und die Verfärbung der Haut. Die Leber vergröfsert sich, überragt den Rippenrand und ist bei der Palpation glatt und resistent. Ascites und Erweiterung der subkutanen Venen des Abdomen sind selten, wie auch Erbrechen und Ikterus. Niederschlag von Uraten im Urin verrät die verminderte Nierenthätigkeit. Milzvergröfserung besteht gewöhnlich. Die Haut und die Schleimhäute werden äufserst blafs. Der Tod erfolgt in der Zeit von 1 bis 7 Monaten.

Im Kapitel über die Diagnostik erinnert der Verf. daran, dafs man bei einer allgemeinen Infiltration der Leber durch Sarkom nach einem Sarkom der Schilddrüse, des Zellgewebes etc. zu suchen hätte. Man mufs daran denken, dafs das primäre Sarkom der Schildrüse eine grofse Tendenz zu Lebermetastasen hat, sowie dafs ein Melanosarkom der Leber noch mehrere Jahre nach der Exstirpation eines Augapfels auftreten kann.

Lille. A. Tavernier.

Über Elephantiasis Arabum bei Kindern, von Dr. Moncorvo. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Man nimmt gewöhnlich an, dafs Elephantiasis nur Erwachsene oder wenigstens Leute befällt, welche die Pubertät erreicht haben. Moncorvo protestiert in seiner Arbeit gegen diese Ansicht und erhärtet durch klinische Beweise seine Ansichten. In einer Gruppe von 24 eignen Beobachtungen befinden sich 12 Fälle bei männlichen Kindern, 12 bei weiblichen. Das höchste Alter war 15 Jahre. 20 von ihnen gehörten zur weifsen Rasse, 4 waren Mestizen. 11 mal safs die Elephantiasis am rechten Fufs, 5 mal am linken und 4 mal an den ganzen Unterextremitäten. Moncorvo hat aufserdem 17 Beobachtungen von Erwachsenen zur Verfügung, deren ganze Krankengeschichte ihm bekannt ist, und deren Krankheit mit dem 2. bis 12. Lebensjahre begann. Im ganzen sind dies 41 Fälle von Elephantiasis bei Kindern, welche unter 183 Fällen in der dermatologischen Klinik zu Rio de Janeiro beobachtet sind. Nach dieser Häufigkeit steigt das Verhältnis der Elephantiasis in der Kindheit auf 26 zu 100 gewöhnlichen Fällen, während Warning nur 16 fand. Moncorvos Statistik beweist auch das Vorkommen von Elephantiasis Arabum in allen Ländern.

Lille. A. Tarernier.

Beitrag zum Studium der sogen. foudroyanten spontanen Gangrän der männlichen Genitalien, von C. de Bonnière. (*Thèse de doctorat.* Lille 1887.)

1825 sagte Boyer, die Gangrän des Penis beschränke sich fast immer auf die Haut. Prof. Moulinié in Bordeaux nimmt die eigentliche spontane Gangrän nur bei Greisen an. Richet berichtet von einem Fall von spontaner Gangrän, welcher ohne bekannte Ursache die Corpora cavernosa eines 75 Jahre alten Mannes befiel. Demargnay sammelte 25 Beobachtungen von Gangrän des Penis. Nach ihm entsteht die Krankheit stets durch eine den ganzen Organismus betreffende Ursache. 1880 richtete Jalaguié die Aufmerksamkeit auf die Ätiologie der Gangrän der Haut und zeigte, dafs für die andern Fälle von Hautgangrän ein besonderer klinischer Typus existierte. Professor Fournier hat 5 Fälle veröffentlicht und neigt der Ansicht zu, dafs die Ursache in einem Mikroorganismus zu suchen sei. Dr. Martel, Chirurg am Krankenhaus von St. Melo, berichtet 5 neue Fälle und bringt die foudroyante Gangrän des Penis mit der gewöhnlichen Gangrän zusammen. Lallement klassifiziert in seiner Dissertation diese Krankheit unter die Infektionskrankheiten. Schliefslich erschien im April 1885 die Arbeit von Leloir über einen Kranken aus seiner Abteilung. Diese Arbeit ist der Ausgangspunkt der Dissertation des Verfassers. Dr. de Bonnière zeigt nach der Anregung Leoirs, dafs die foudroyante Gangrän der männlichen Geschlechtsteile in brüsker Weise beginnt, ganz plötzlich, ohne dafs lokale oder allgemeine Erscheinungen ihr Auftreten erklären könnten. Diese

Gangrän ist ganz oberflächlich und betrifft nur die Haut und das Unterhautgewebe. Sie ist bemerkenswert durch ihre Farbe und durch ihre Schorfe, welche bald schwarz sind, bald wie eine überreife Banane aussehen (Leloir). Oft ist dabei Purpura und ausgebreitete Lymphangitis vorhanden (Leloir). Manchmal scheint diese Gangrän nur eine besondere gangränöse Lymphangitis zu sein, wie diejenigen Lymphangitiden beweisen, welche dabei und davor auftreten (Leloir); aber der Verlauf ist nicht immer derselbe. Manchmal konstatiert man nur wenig allgemeine Erscheinungen, der Schorf fällt ab und die Heilung erfolgt ohne Narben. In andern Fällen kann der Allgemeinzustand so schlimm sein, dafs die Patienten sterben. Leloirs Ansicht von der lymphangitischen Natur der Gangrän wird auch durch das Auftreten von Erysipel bestätigt; bald ist es das primäre, bald das sekundäre. Die Ätiologie der Gangränen ist noch in das tiefste Dunkel gehüllt; es handelt sich offenbar um eine infektiöse Krankheit. Leloir hat bei seinem Kranken denselben Mikrokokkus wiedergefunden wie Duclaux bei dem Patienten von Fournier. Aber warum das infektiöse Agens seine Zerstörungen auf die Genitalien konzentriert und wie es in den Organismus eindringt, das sind noch zu lösende Fragen.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Appel in Altona.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Österreich.

Prof. Dr. Kahler in Prag. **Die multiple syphilitische Wurzelneuritis.** (Prager *Zeitschrift für Heilkunde.* 1887. 1. Heft.) Die aufserordentlich grofse Polymorphie der klinischen Bilder bei Syphilis des Zentralnervensystems erschwert die Diagnose derselben in hohem Mafse; sorgfältige Untersuchungen haben trotzdem die Möglichkeit ergeben, einige schärfer hervortretende Teilbilder zu fixieren; ein solches bietet auch der Symptomenkomplex, welcher durch multiple, syphilitische Neuritis der Hirn- und Rückenmarksnervenwurzeln hervorgebracht wird. Der Verf. gibt im folgenden einen Beitrag zur Kenntnis dieser verhältnismäfsig wenig studierten Fälle. Die Krankheitsgeschichte besagt: Ein Mann von 29 Jahren erleidet drei Monate nach Erwerbung eines harten Schankers plötzlich, jedoch ohne apoplektischen Insult, eine linksseitige Hemiplegie. Die Untersuchung zeigt aufser dem Geschwür und Inguinaldrüsenschwellung keine sichtbaren syphilitischen Symptome. Die Hemiplegie betrifft am stärksten links den Arm, weniger den Facialis und das Bein; Anarthrie, bei Erregung bis zur Unverständlichkeit; keine Dysphasie, Sensibilität nicht gestört, Sensorium und Intelligenz normal; rechte Körperhälfte frei. Diagnose wird auf syphilitische Erkrankung der Hirnarterien und hierdurch verursachten Erwei-

chungsherd gestellt, mit Lokalisation in der neutralen Brückenabteilung oberhalb der Abducensregion in der rechten Hälfte des Pons. 5½ Monate später Sektion; sie bestätigt die Diagnose. Aufser den vom Herde im Pons abhängigen Erscheinungen entwickelten sich langsam, schleichend nacheinander erst links, dann rechts Facialisparalyse mit dem Charakter der peripheren Lähmung; Lähmungserscheinungen in dem Innervationsgebiet der beiden Oculomotorii; vasomotorische Störungen in der Gesichtshaut, schwere neuralgische Erkrankungen im Gebiete der Occipital- und mehrerer Interkostalnerven. Aufser syphil. Arteriitis der Hirnbasis und dem Erweichungsherd im Pons Varoli zeigte sich cerebrale und spinale syphilit. Meningitis und multiple syphilitische Neuritis von Hirn- und Rückenmarksnerven; die beiden Tractus olfactorii in ihrem Bulbus, die Nn. olfactorii und faciales an ihrem Ursprungsteile verdickt, härtlich, von mehr grauer Farbe. An den spinalen und cerebralen Nervenwurzeln war kein direktes Eindringen der kleinzelligen Infiltration von Seite der Meningen oder des Epineurium in das Innere des Nervenstammes nachzuweisen. Die spindelförmige Anschwellung an den Nervenwurzeln zeigte mikroskopisch eine an den Gefäfsen des Nervenstammes beginnende und von da sich ausbreitende kleinzellige Infiltration. Der Verf. bespricht mehrere einschlägige Fälle aus der Litteratur und kommt auf Grund der Vergleichung derselben mit den Untersuchungsergebnissen des seinigen zu dem Schlusse: Nebst andern Symptomen der Hirnsyphilis oder auch ohne solche treten schleichend progressive ev. als periphere erkennbare Lähmungen verschiedener Hirnnerven in unregelmäfsiger Reihenfolge auf, dann allmählich intensiver werdende Neuralgien spinaler Nerven mit Hauthyperämie oder Gürtelgefühl und Gürtelschmerz infolge fortschreitender Erkrankung hinterer, und motorische Lähmungen infolge der Mitleidenschaft der vorderen Wurzel der spinalen Nervenwurzeln. Der Symptomenkomplex vermag in Ermangelung des anamnestischen Nachweises allgemeiner Lues die Diagnose zu sichern und zu energischer antiluetischer Kur veranlassen, die in den besprochenen Fällen übrigens erfolglos war.

Doz. Dr. Max Herz in Wien. **Hereditäre Lues oder kongenitale Rhachitis.** (*Internat. klin. Rundschau.* 1887. Nr. 1. 2. 3.) Ein 7 Wochen altes Kind, dessen Eltern angeblich immer gesund waren, dessen Mutter niemals abortiert oder frühzeitig geboren hat, bietet das Bild allgemein zurückgebliebener Gesamtentwickelung oder auch von Atrophie. Keine Craniotabes, keine Osteophyten. Nase und Nasenschleimhaut geschwellt, erstere schwer durchgängig; es wird eine viscide Flüssigkeit sezerniert. Jochbogen verdickt. Der Alveolarfortsatz des Unterkiefers zeigt terassenförmige Abstufung, die Höhe des vorderen Abschnittes des Bogens ist um ein beträchtliches geringer als die der beiden rückwärtigen Teile. Am unteren Rande des Unterkiefers, beiläufig in der Mitte eine abscedierende Drüse von Haselnufsgröfse. Thorax schmal, etwas eingedrückt, jedoch kein rhachitischer Rosenkranz. Wirbelsäule und Becken nicht abnorm. Die oberen Extremitäten in Ellbogen- und Handgelenken gebeugt, die Finger in Tetanie-

stellung, gegen Streckversuche bedeutender Widerstand. Im Ellbogengelenke bedeutende Schwellung und Verdickung des Epiphysenendes der Ulna, insbesondere der linken, weniger des Radius. Unterextremitäten ebenfalls gebeugt und zwar in Hüft- und Kniegelenken, Streckung erschwert, zum Teil unmöglich. Kniegelenke verdickt, Patella klein, hingegen sämtliche Epiphysenenden der Röhrenknochen verdickt. Diaphyse des Femurs und der Tibia verdickt und gekrümmt, an der Grenze des oberen und des mittleren Drittels des nach aufsen verbogenen rechten Femurs eine verdickte Stelle, vielleicht infolge von Intraktion mit Callusbildung. Das Kind nimmt an Gewicht rasch ab, kein Fieber, jedoch Milzschwellung, innere Organe sonst normal. Bei Berührung der Gelenke kein Schmerz, Haut über den Gelenken normal. — Es handelt sich offenbar um allg. Dyskrasie.

Die Diagnose wäre vielleicht auf akute Rhachitis zu stellen, jedoch die Abwesenheit von Fieber, Schmerz etc. schliefsen diese Form aus. Um fötale oder kongenitale Rhachitis anzunehmen, müfste das Kind gleich bei der Geburt in Beobachtung gekommen sein. Craniotabes fehlt hier, desgleichen der rh. Rosenkranz etc. Für hereditäre Lues spricht die hochgradige Atrophie, die schmutzig fahle Farbe der fettlosen, trockenen, abschilfernden Haut, die hartnäckige Coryza, die Zerstörung des Bandapparates im linken Ellbogengelenke, das Überwiegen der Funktion der Beugemuskeln über die der Streckmuskeln, infolge Parese der letzteren, die zum Teil vermutlich durch periartikuläre Abscesse bedingt ist. Die gegen den Gaumen emporgehaltene Zunge läfst eine bei Syphilis nicht seltene myopathische Affektion voraussetzen.

Assist. Dr. R. Winternitz in Prag. **Über den Einfluſs des Erysipels auf Lupus.** (*Prager med. Wochenschr.* 1887. No. 10.) Der Verf. teilt drei Krankengeschichten mit, um zu beweisen, dafs das Erysipel lokal und allgemein auf den Lupus nicht günstig, sondern vielleicht geradezu schädigend wirkt. Quelle der Infektion war eine mit Gesichtserysipel behaftete Patientin, die sechs Tage im Spital blieb und schwere Allgemeinerscheinungen aufwies. Drei Tage nach Erscheinen der ersteren Patientin erkrankte im selben Krankenzimmer eine mit Lupus hypertrophicus des Nasenrückens und der angrenzenden Wangenteile an Erysipel; Frostgefühl, Temperatursteigerung, fleckige Rötung der Augenlider und der Haut der Nasenwurzel, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Halslymphdrüse, dann entwickelte sich unter Fieber ein den behaarten Kopf und die lupösen Partien bedeckendes sechstägiges Erysipel. Nach einer Woche schienen diese letzteren geringer gerötet und geschwellt; nach 14 Tagen zeigten sich jedoch die Herde auffallend reichlich und gedunsen. — Bei der zweiten Kranken bestand Lupus des linken Nasenflügels und der linken Wange, die skarifiziert worden war; am Tage der Skarifikation trat rechts Gesichtsrose auf, die sich über die lupösen Herde und auf den behaarten Kopf ausbreitete; nach einer Woche erschienen die Herde etwas blässer und niedriger, nach einem Monat zeigten sie jedoch wieder das alte Bild; aufserdem hatte schon während des Ery-

sipels eine Drüse vor dem linken Tragus sich zu einer hühnereigrofsen Geschwulst entwickelt, die nachher incidiert wurde, schwer vernarbte und in einzelnen Überhäutungsdefekten lupösen Charakter aufwies, der die Galvanokauterisation notwendig machte. Im dritten Falle kam universelles Erysipel zu einem seit 7 Jahren bestehenden Lupus der Cunjunctiva und der angrenzenden Lidhaut; hierauf zeigte sich folgender Befund: Tarsus des l. o. Augenlides lateral geschrumpft, Conj. palp. daselbst $^1/_2$ cm breit ektropioniert; ausgebreitete Rötung, höckerige Schwellung, die Haut herdförmig schuppend; Synechia ant., Lupus laryngis, auch nach zweitmaligem Erysipel zeigte sich ein ungünstiger Einfluſs, indem mehrere Lupusherde in der Unterkiefernarbe sichtbar wurden, die vorher nicht bestanden hatten.

Die Besserung war also in allen drei Fällen nur vorübergehend, anscheinend gewesen, die durch das Erysipel bedingte Entzündung hatte den Lupusprozeſs sogar erhöht und propagiert, und Verf. glaubt sich daher Picks Ansicht anschlieſsen zu müssen, wonach therapeutische Eingriffe und Entzündungen der lupösen Stellen und deren Umgebung — wenn sie nicht sicher alles Krankhafte entfernen — schädlich sind, weil die Lupusherde in der zurückbleibenden Infiltration den besten Verbreitungsboden finden.

Wien. Schiff.

Amerika.

Tod an Gonorrhöe, von Dr. Abner Post. (*Boston med. and surg. Journal.* Mai 1887.) Dr. Post veröffentlicht die Details von 17 Fällen, welche er aus seiner eignen Praxis und aus derjenigen andrer Ärzte gesammelt hat, in welchen die Verbreitung der gonorrhoischen Infektion auf benachbarte oder entferntere Körperteile die direkte Todesursache war. Im ersten Falle zeigte die Autopsie Phlebitis des Plexus prostaticus, metastatische Abscesse der rechten Lunge und der Leber, Eiteransammlung im linken Ellbogengelenk. In den meisten Fällen wurden Abscesse der Prostata, Cystitis, Pyelitis und Nephritis bei der Sektion gefunden. Einige Fälle sind darunter, in welchen Fiebererscheinungen mit typhösen Zuständen, gefolgt von Stupor, Coma und Tod, vorhanden waren, und welche bei der Sektion die Häute und Substanz des Gehirns intensiv hyperämisch zeigten. In einigen Fällen war Peritonitis und subperitoneale Phlegmone durch Verbreitung der gonorrhoischen Infektion von der Urethra her entstanden; und zwar entweder durch das Bindegewebe oder durch das Vas deferens, die Samenbläschen, die Prostata, die Ureteren. In dieser kurzen Liste hat Dr. Post absichtlich alle Todesfälle nach Strikturen ausgelassen, ebenso alle Fälle von Frauen, bei denen durch Beckenentzündungen nach Gonorrhöen der Tod oder monatlange Leiden entstehen können.

Melanosis des Urogenitalapparates, von Dr. A. W. Stein. (*The medic. Record.* 1887. Mai 21.) In diesem von Dr. Stein vollständig be-

richteten Falle war die Verteilung des Pigmentes eine so allgemeine, wie man sich nur denken kann. Der Patient war ein 33 Jahre alter Deutscher, verheiratet, in der Kindheit geimpft; er starb ungefähr einen Monat, nachdem er von Varicellen befallen war. Bei der Sektion fand sich Melanosis der Niere, Blase, Prostata, Corpus spongiosum, Corpora cavernosa, des Herzens, der Lunge, Leber, Meningen und aller Hauptorgane des Körpers. Wie lange die Krankheit existierte, liefs sich nicht mehr eruieren, jedoch war das erste äufsere Zeichen 9 Monate vorher als ein kleiner harter Knoten am Ohrknorpel erschienen und wurde sofort von einer Anzahl ähnlicher Knoten am Rücken gefolgt. In weniger als einem Monat war die ganze Körperoberfläche mit harten Knoten bedeckt; ihre Gröfse schwankte von der eines Schrotkornes bis zu derjenigen einer amerikanischen Nufs. Vor dem Ausbruch dieser Eruption befand Pat. sich sehr wohl, gleich danach jedoch begann er zu kränkeln, die Kräfte schwanden, und 7 Monate nach dem Beginne wurde er bettlägerig. Schmerzen waren nicht vorhanden. Die Varicellenpusteln waren an den melanotischen Papeln eben so gut aufgetreten wie an der dazwischen liegenden gesunden Haut.

New York. TILDEN BROWN.

(Übersetzt von Dr. APPEL, Altona.)

Italien.

BORDONI-UFFREDUZYI. **Über Kulturen des Leprabacillus.** (*Med. Akadem. von Turin.* Sitzg. v. 6—13. Mai 1887.) Von einem mit Lepra behafteten Individuum, das Verf. im anat.-pathol. Institute der Turiner Universität anfangs Januar 1887 zu sezieren Gelegenheit hatte, und dessen anat.-pathol. Veränderungen von Dr. BONOME beschrieben wurden, hat Verf. zahlreiche Kulturversuche aus Haut, Lymphdrüsen, Milz und Knochenmark gemacht.

Die Kulturen wurden angelegt auf Agar-Agar, in Fleischbrühe und auf Blutserum mit Zusatz von Pepton, Kochsalz und Neutroglycerin. In einer Knochenmarkskultur, und zwar in dem auf 35—37 Grad erhaltenen Serum, entwickelte sich nach 8 Tagen eine Kolonie von Bacillen, welche wohl etwas dicker und gröfser als jene, die in den Geweben innerhalb der Leprazellen enthalten, aber ganz ähnlich denjenigen waren, welche in denselben Geweben isoliert vorkommen. Bemerkenswert ist, dafs im Knochenmarke die Anzahl der isolierten Bacillen eine bedeutend gröfsere war, als in den andern Geweben. Diese nach der KOCH-EHRLICHschen Methode behandelten Bacillen verhalten sich ganz analog wie jene in den leprösen Geweben und wie die Tuberkelbacillen, indem sie bei solchem Verfahren deutlich als Körnchenketten erscheinen, wie schon andre in bezug auf dieselben Bacillen im tierischen Organismus hervorgehoben haben.

Der Leprabacillus entwickelt sich langsam auf Agar-Agar und im ge-

wöhnlichen Blutserum bei einer Temperatur von 37 Grad, vermehrt sich dagegen die ganze Impfungslinie entlang auf der Oberfläche des peptonisierten und glycerinisierten Serums bei gleicher Temperatur.

Andre biologische Eigentümlichkeiten des Leprabacillus werden genau an andrer Stelle beschrieben werden. Bisher waren, soviel dem Verf. bekannt ist, die Kulturen dieser Mikroorganismen auf künstlichem Nährboden nicht gelungen.

De Tullio (*Riforma medica.* 8. Mai 1887) berichtet über einen Fall von **areaförmiger progressiver Atrophie der Haarbälge** mit symmetrischer Anordnung, den er in der Klinik Cantanis beobachtet hat. Pat. war ein gesundes und kräftiges Individuum und stark behaart, nur seit drei Jahren stellten sich nach einer längeren Jodquecksilberkur, der er sich wegen Verdachts auf Syphilis unterziehen mufste, fortschreitende, vollkommen symmetrische Höfe von Area Celsi ein, und zwar zuerst am Kopfe, dann im Bart und endlich an vielen andern Körperstellen. Nach der Ansicht Prof. Cantanis handelt es sich hier um einen analogen Vorgang wie bei der progressiven und symmetrischen Muskelatrophie, indem auch in diesem Falle die Affektion von einer Veränderung der grauen Vorderhörner des Rückenmarks herrühren soll. Nur würde hier die Atrophie sich auf die Haarbälge beschränken. Wie diese Atrophie zu stande kommt, kann man noch nicht genau angeben.

Bezüglich der Behandlung empfiehlt Cantani den konstanten Strom an der Wirbelsäule einerseits und an den Area-Inseln anderseits; und dies soll nach C. nicht nur bei dieser Form von Alopecia areata, sondern auch bei allen andern Formen geschehen, die er pathogenetisch mit jener identifiziert.

[Der Ref. hätte lieber den Ausdruck bulbäre Dystrophie in diesem Falle gewählt, weil hier wie fast immer bei der gewöhnlichen Area Celsi, die Haare langsam wieder zum Vorschein kamen.]

Barduzzi (*Boll. Soc. med. di Siena.* 1887) hat nach Vigier bei chronischen Ekzemen und Psoriasis mit Zincum sulfuricum sowohl innerliche als äufserliche Versuche angestellt und gibt an, gute Erfolge damit erreicht zu haben. Dieses Heilmittel würde wahrscheinlich dieselbe Wirkung wie das Ichthyol haben, welches von Unna vorgeschlagen und bisher von vielen erfolgreich angewendet wurde. Die Formeln des Verf.s lauten:

℞ *Zinc. sulfur.*	0,5	℞ *Zinc. sulfur.*	5,0
Extr. Gent. q. s.		*Lanolini*	20,0
M. exact. et div. in part. No. 50		*Axung.*	30,0
D. S. 3—12 täglich.		M. Äufserlich.	

Breda. **Eine klinische Beobachtung von multipler Periopyxis und frühzeitige Gummata cut.** (*Riv. veneta di Sc. med.* II. 1887.)

Andronico. **Pathologie und Therapie der vener. und syph. Analgeschwüre.** (*Gazz. med. di Torino.* 1887.)

Munnes D'Agata. **Über Scleroma Neonatorum.** Klinische Bemerkungen. (*Gazz. degli Osped.* No. 25—26. 1887.)
Siena. Tommasoli.

Rufsland.

Über die therapeutische Verwertbarkeit der subkutanen Kalomelinjektionen berichtet Prof. Dehio (Dorpat), dafs er dieselben nach Smirnows Methode mit gutem Erfolg angewandt hat. Abscefsbildung gehörte zu den grofsen Seltenheiten. Nur ein Patient vertrug sie nicht gut, denn unter 7 Injektionen (zu 0,1) traten 5 mal Abscesse auf, die aufbrachen. Der Heilerfolg war jedoch ein befriedigender. Zweimal liefs D. den Eiter aus den Abscessen aufsammeln und chemisch untersuchen und zwar 1,63 resp. 1,93 g. In diesen Portionen fand man 0,002 resp. 0,004 HgJ nach Behandlung mit JH_3. Also nicht einmal $^1/_{10}$ des eingeführten Hg ging durch die Abscedierung verloren. [Ref. hat wiederholt aus derartigen Abscessen den Eiter untersucht und nie auch nur Spuren von Hg gefunden, wenn 3—6 Wochen seit der Injektion verflossen waren.] (*Petersburger med. Wochenschrift.* No. 23.)

Syphilisinfektion infolge von Auslecken der Augen. Dr. Teplaschin, Landarzt im Gouvernement Wjàtka, gibt eine schauerliche Beschreibung einer besonderen Art extragenitaler Infektion, die bei der Bauernbevölkerung seines Gebietes eine Rolle gespielt. Es herrscht nämlich dort die Unsitte, Fremdkörper, die in die Augenlider gelangen, durch Lecken mit der Zunge zu entfernen; desgleichen wird auch bei Trachomen geleckt, da sie dieselben ebenfalls für Fremdkörper halten. Im März dieses Jahres sah er eine förmliche Epidemie von Syphilis, die auf die Art zu stande gekommen war. Er beschreibt folgende Fälle:

1. 26. Febr. 25jähr. Bäuerin. Ulcerierte Initialsklerose am freien Rande des rechten oberen Augenlides. Nässende Papeln am Anus und an den Labien. An der Conjunctiva palp. Trachome.

2. 6. März. 39jähr. Bäuerin, an beiden oberen Augenlidern ulcerierte Sklerosen. Papeln am Anus und den Labien.

3. 19. März. 23jähr. Bäuerin. Sklerose am linken Oberlide. Kondylome an den Labien und Anus.

4. 19. März. 51jähr. Bäuerin. Sklerose am rechten oberen und unteren Lide; nässende Papeln am Anus.

5. 12. März. 36jähr. Bauer. Sklerose des linken Oberlides, nässende Papeln am Scrotum und Anus. (3—6 aus derselben Familie.)

6. 13jähr. Mädchen. Ulcerierte Sklerose des Randes des linken Oberlides. (2 weitere Fälle, die Verf. ebenfalls hierher rechnet, hatten keine Initialsklerose mehr.)

Als Ursache aller dieser Erkrankungen erwies sich das Auslecken durch

eine Kurpfuscherin, die sich als syphilitisch erwies und angab, dafs sie selbst ebenfalls auf diese Weise infiziert worden sei. Die beiden Dörfer, wo die Erkrankten herstammten, wurden genau inspiziert, wobei es sich erwies, dafs von 81 Familien (mit 532 Personen) bereits 26 Familien (68 Personen) syphilitisch infiziert waren, d. h. 13%, und zwar 23 Männer und 45 Weiber. Dem Alter nach waren Infizierte:

von	1—10	Jahren	26,5 %
„	10—20	„	18 %
„	20—40	„	35 %
„	40—60	„	20,5 %

In 34 Fällen (10 M., 24 W.) erwies sich die Infektion als durch Auslecken der einen Kurpfuscherin entstanden. Dieses erklärt sich daraus, dafs ein grofser Teil der Bewohner dieser beiden Dörfer an Trachomen leidet.

Veränderungen an den Knochen bei Lepra, von Dr. J. Sawtschenko (Kiew). Als Objekt der Untersuchung diente die einem Leprösen amputierte Hand, welche gangränös geworden, an welcher der 3. und 4. Finger ganz fehlten, und deren Metakarpalknochen halb mortifiziert hervorragten. Nachdem die Knochen durch Pikrinsäure dekalziniert, untersuchte S. dieselben mikroskopisch und kam dabei zu folgenden Resultaten: Die Ursachen der Veränderungen bilden die bekannten Leprabacillen. Den Ausgangspunkt der Affektion bilden die Elemente des Knochenmarks. Entsprechend der Zerstörung der Knochenmarkzellen durch die Bacillen entwickelt sich entzündliche Infiltration. Von den einzelnen Herden aus verbreiten sich die Bacillen durch die Lymphspalten weiter, greifen weiter im Knochenmark um sich und gelangen aus den Lymphgefäfsen durch die Knochenkanälchen in die Knochenkörperchen. Die Rarefikation des Knochengewebes wird bedingt einerseits durch Ernährungsstörung, anderseits durch den chronischen Entzündungsprozefs, welcher durch die Anwesenheit der Bacillen bedingt wird. Den ganzen Prozefs möchte Verf. als chronische lepröse Osteomyelitis bezeichnen, welche zur leprösen Schrumpfung führt.

St. Petersburg. Petersen.

---

60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden.

Ferner angemeldete Vorträge:

Zuelzer (Berlin): Über die Anwendung der Ichthyolpräparate bei gewissen Formen von Erkrankung der Harnblase.

Touton (Wiesbaden): a. Ein Fall von diffuser, der Sklerodermie ähnlicher Hauterkrankung nach einem Trauma.

b. Demonstration mikroskopischer Präparate.

Die Geschäftsführung der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Wiesbaden beginnt soeben mit der

Versendung der Programme. An sämtliche Ärzte Deutschlands gelangt das Programm durch Vermittelung des ärztlichen *Centralanzeigers*. Diejenigen Interessenten, welchen etwa das Programm nicht zugehen sollte, werden deshalb gebeten, sich wegen Zusendung an die Geschäftsführung in Wiesbaden (Kapellenstraſse 11) zu wenden, welche jedem Anfragenden das Programm gerne unentgeltlich zuschickt.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

FINGER. *Zur Frage über die Natur des weichen Schankers und die Infectiosität tertiärer Syphilisprodukte.* (Allg. Wiener med. Zeitung. 1887. No. 9 ff.)

— *Beitrag zur Kentniſs des Leucoderma syphiliticum.* (Wiener med. Presse. 1887.)

FLEMMING. *Neue Beiträge zur Kenntniſs der Zelle.* (Archiv für mikroskopische Anatomie. Bd. 29.)

THIBIERGE. *Ephélides.* (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris. G. MASSON.)

GÜNTHER. *Über die mikroskopische Färbung der wichtigen pathogenen Bacterien mit Anilinfarbstoffen.* (Deutsche mediz. Wochenschrift. 1887. No. 22.)

BARTHÉLEMY. *Syphilis du rein.* (Bulletin médical. 1887. No. 24.)

JAMIESON. *Observations on a Method of Prophylaxis and on Investigation into the nature of the Contagium of Scarlet-Fever.* (British Medical Journal. 1887.)

SPENCER WELLS. *Notes of a Case of Porros Operation.* (Ebenda.)

BOER. *Zur Biologie des Favus.* (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1887. No. 3.)

WILISCHAMIN. *Über den Einfluſs des Bedeckens der Haut mit Firniſs auf die Stickstoffmetamorphose im thierischen Organismus.* (St. Petersburger mediz. Wochenschrift. 1886. No. 7.)

ZUELZER. *Variola.* (Realencyclopädie der gesammten Heilkunde.)

JACKSON. *Ichthyol and Resorcin. A clinical Study of their effects.*

SCHADECK. *Ein Fall von Lichen ruber exsudativus Hebrae.* (St. Petersburger mediz. Wochenschrift. 1887. No. 21.)

PLUCKER. *Cas de Mycosis fungoïde.* (Annales de la Société medico-chirurgicale de Liége.)

SCHILDBACH. *Eine Stütz- und Druckmaschine bei Kyphose.*

SCHECH. *Die schwarze Zunge.* (Münchner mediz. Wochenschrift. 1887. No. 13.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 17. 1. September 1887.

Die Haut als Vermittler der Erkältungskrankheiten.

Von

Dr. E. Lier,

prakt. Arzt in Bad Kreuznach.

(Schluſs.)

Mehr Wahrscheinlichkeit hatte die Annahme, daſs die Haut bei den Erkältungskrankheiten als Wärmeregulator fungiert.

Die Konstanz der Körperwärme beruht auf dem Gleichgewicht zwischen Wärmeproduktion und Wärmeabgabe; die Quelle der ersteren ist im wesentlichen in der Verbrennung der N-losen Körperbestandteile in den Muskeln zu suchen; den Wärmeverlust vermittelt hauptsächlich die Haut durch Strahlung und Perspiration. Diese Wärmeverluste betragen für die Perspiration 364 000, für die Strahlung 1 822 000 Kalorien, während sie für Lungen 182 000, im ganzen $3^1/_2$ Millionen betragen, dagegen beträgt die Produktion in einer halben Stunde so viel, daſs $^5/_6$ des Körpergewichtes Wasser um 1^0 C. erwärmt wird. Wenn die Wärmeabgabe die Produktion übersteigt, sinkt die Körpertemperatur, damit wird der Stoffwechsel herabgesetzt, ebenso Herz- und Lungenthätigkeit, bis schlieſslich jedes Leben erlischt. Bevor jedoch diese niedrigen Temperaturgrade erreicht werden, tritt eine Reaktion des Körpers ein, da derselbe nicht nach mechanischen Gesetzen allein beeinfluſst wird, sondern Apparate besitzt, durch welche er sich gegen die groſsen Verluste schützt; diese Apparate für die Wärmeregulierung befinden sich im verlängerten Mark, enthalten exzitierende und moderierende Systeme und haben nach Senator eine Weite des Regulierungsvermögens von 8 bis 10^0 C.;

bei einer bestimmten Abkühlung des Körpers tritt entweder eine Erregung der exzitierenden oder Lähmung der moderierenden Fasern ein; es erfolgt wieder Steigerung der Produktion; gleichzeitig überträgt sich der Reiz auf die motorischen Bahnen; in den Muskeln besteht ein beständiger leichter Krampf, der schliefslich in einen Schüttelfrost übergehen kann; hierdurch wird wieder bedeutende Wärme entwickelt und damit oft hohe Temperaturgrade, Fieber erzeugt, und zwar ist diese Temperatursteigerung direkt proportional dem vorangegangenen Verlust; gleichzeitig oder infolge dessen ändert sich Herz- und Lungenthätigkeit, der Stoffwechsel wird erhöht; hatte zuvor der herabgesetzte Blutdruck, die verlangsamte Blutzirkulation die kleinen Gefäfse, überhaupt die Gewebe in ihrer Ernährung beeinträchtigt, so strömt jetzt das Blut mit gröfserer Geschwindigkeit in jene; infolge der gestörten Resistenz der Gefäfswände und des perivaskulären Gewebes treten relaxative Hyperämien ein, es kommt namentlich in den Organen minoris resistentiae zu Blutextravasaten, Austritt von Plasma etc., kurz zu den Erscheinungen der einfachen Katarrhe bis zu den schwersten Affektionen.

Für diese Theorie sprechen manche sicher eruierte Thatsachen: Tiere, bis 20 resp. 18° C. abgekühlt, gehen selbst dann noch zu Grunde, wenn sie künstlich erwärmt werden (Claude Bernard); enthaarte Tiere, welche sich einige Tage in kalter Umgebung befinden, fallen analogen Krankheitserscheinungen anheim (Lomkowsky); Lassar beobachtete an enthaarten Kaninchen, die nach vorhergehender Erwärmung plötzlich mehrere Minuten stark abgekühlt wurden, sofort eintretende, anhaltende Temperaturerniedrigung, später Schüttelfrost, nach 1—2 Tagen fast konstant Albuminurie, oft nach Monaten eintretenden Tod, interstitielle Entzündungen in den Nieren, der Leber, den Lungen, im Herzen und in den Nervenscheiden, nie jedoch eine tiefere Hautaffektion oder Gelenkentzündung, keine parenchymatöse Entzündung, jedoch dilatierte, thrombosierte Arterien, in den bindegewebigen Interstitien farblose Blutkörperchen in reicher Menge; Jürgensen und Senator sahen nach Steigerung des Wärmeverlustes kontinuierliches Sinken der Temperatur; Heidenhain beobachtete konstanten Temperaturabfall mit Steigerung des arteriellen

Blutdruckes und Verengerung der kleinen Arterien, Verminderung des kapillaren Blutstroms und konsekutive Zunahme der Innentemperatur bei verminderter Wärmeabgabe durch die Haut; KERNIG fand das Wärmeregulierungssystem bis 36,0° C. funktionierend, bei weiterem Sinken der Temperatur aber Verminderung der Wärmeproduktion.

Demgemäfs ist nach ROEHRIG und ZUNTZ anzunehmen, dafs der regulatorische Apparat nur bis zu einem Maximum der Leistungen thätig ist, oder aber dafs bei sehr starker Abkühlung ein neues, die Oxydationsprozesse herabsetzendes Moment sich geltend macht, wie aus den Vorgängen bei winterschlafenden Tieren erhellt; nach PFLÜGER ist der Zutritt des O zu den Geweben bei niedriger Bluttemperatur erschwert, insofern die Zerlegung des Oxyhämoglobins bei normaler Temperatur sich leichter vollzieht als bei niederer; es ist daher der Stoffwechsel gegen die Norm herabgesetzt; derselbe ist auch bei Tieren in einem Medium, dessen Temperatur der ihrigen gleich ist, ja dieselbe noch übersteigt, vermindert (RÖHRIG); so erleidet die CO_2-Produktion im heifsen Bade eine Abnahme von 27,1%; die der O-Konsumption 27,5%, während beim Übergang vom heifsen zum kalten Bade die Zunahme der CO_2 96,0%, die des O 20,1% ausmacht. Aus den letztern Erörterungen geht hervor, dafs die physikalischen und chemischen Wirkungen der Kälte keinen Anhalt bieten zur Erklärung der gesteigerten Oxydationsvorgänge; es mufs vielmehr ein andres Moment hier wirksam sein. Man hat in der febris ephemera das typische Bild der Erkältungskrankheiten durch einfachen Wärmeverlust erblickt, doch ist nach FRÉDÉRICQ, VIERORDT, LUDWIG, LIEBERMEISTER, PFLÜGER die Steigerung der Wärmeproduktion durch Kälte nicht proportional dem Wärmeverlust, sondern kann mehr als das dreifache der normalen Gröfse erreichen; auch ist dieselbe nach FRÉDERICQ der subjektiv empfundenen Kälte proportional, eine Abkühlung des Blutes aber von der Lunge aus vermehrte die Wärmeproduktion nicht. Es bedarf nur noch des Hinweises auf den Umstand, dafs Abkühlungen minimaler Körperstellen keinen Einfluſs auf die Körpertemperatur haben und doch bestimmte Erkältungskrankheiten mit und

ohne Fieber bedingen, um zu beweisen, daſs die Haut als Wärmeregulator die Erkältungskrankheiten nicht vermitteln kann.

Vielleicht nun lieſse sich durch eine Kombination der verschiedenen Hypothesen unter Berücksichtigung der neueren Forschungen über pathogene Mikroben eine nach jeder Richtung hin befriedigende Theorie aufstellen, wie sie HUETER in der That angenommen hat. — Nach diesem Forscher werden durch die nach Abkühlung der Haut eintretenden Veränderungen derselben in bezug auf Struktur, Zirkulation des Blutes und Wärmegehalt die günstigsten Bedingungen zur Einwanderung von pathogenen Mikroorganismen gesetzt, nach ihrer Aufnahme in das Blut stehen ihrer Ablagerung an den verschiedenen Organen keine Hindernisse im Wege, so daſs sie daselbst die verschiedensten Entzündungsvorgänge hervorrufen können.

Diese Hypothese hat manche Momente für sich und wäre auch geeignet, selbst die Fanatiker des Bacillenkultus zu versöhnen.

Nach unzweifelhaften Beobachtungen steht es fest, daſs die Epidermis in trockenem Zustande Gasen den Durchtritt nach innen gestattet; aber auch die feuchte Haut erwies sich nach RÖHRIG der Aufnahme von Gasen günstig; ferner hat SPINA gefunden, daſs sich die Sekretionsströme der Drüsen und der Haut unter gewissen Bedingungen umkehren können, daſs die Zellen der Malpighischen Drüsen etc. nach Zusatz einer 1%igen Kochsalzlösung aufquellen und Expansionen und Kontraktionen derselben eintreten. Der Vorgang der Erkältung könnte demgemäſs sich in folgender Weise gestalten: Bei der Unterdrückung der Schweiſssekretion bleibt ein Teil der mit dem Schweiſs ausgeschiedenen Stoffe, insbesondere das Chlornatrium, in den Zellen der Cutis resp. der Schweiſsdrüsen zurück; dadurch würden dieselben eine erhöhte Anziehungskraft für Wasser erhalten; da nun die Sekretion von Wasser sistiert ist, auch dem Eindringen desselben vom Blut aus von seiten der stark kontrahierten Haut und Hautgefäſse Hindernisse sich entgegenstellen, so müſste Wasser aus der Atmosphäre in die Zellen eindringen und dieselben schwellen; zugleich mit dem Wasser könnten differente Stoffe, so auch pathogene Mikroben mit einwandern und nach und nach in den Blutkreislauf gelangen;

vielleicht erklärte sich auch in dieser Weise der Umstand, dafs Erkältungen bei nassem Wetter häufiger auftreten, die Morbidität und Mortalität zunimmt, dafs in Niederungen, an den Küsten sich häufiger Infektionskrankheiten zeigen und leichter verbreiten, als in höheren Gebirgen mit trockener Luft.

Während daher die Haut in ihrer zentrifugalen Kraft ein Schutzorgan gegen pathogene Substanzen und Mikroben ist, würde sie durch ihre zentripetale Thätigkeit viele Erkrankungen, namentlich die Infektionskrankheiten, vermitteln. Damit gewänne die Haut wieder als Perspirationsorgan eine wichtige Bedeutung, allerdings in einem andren Sinne, als in dem der Retentionstheorie. Es würde nun auch verständlich, warum als das bedeutendste Moment zu einer wirksamen Infektion von jeher und noch jetzt eine Erkältung angesehen wird.

Aber auch diese Hypothese ist nicht frei von Einwänden; denn abgesehen davon, dafs ein noch nicht nachgewiesenes Agens für die Erkältungskrankheiten angenommen wird, bleiben die Fälle unerklärt, bei denen bestimmte Hautkältereize bestimmte Erkrankungen nach sich ziehen, z. B. Erkältung der Füfse Schnupfen, der Brust und Schultern Kehlkopfkatarrh, während man doch annehmen müfste, dafs in den Blutstrom eingedrungene Organismen sich an allen Organen entwickeln und ablagern können; wollte man aber selbst wieder die partes min. resist. zu Hilfe nehmen, so bleiben die Erkältungsfieber ohne jede Lokalisation unerklärt.

Wie aus dem Erörterten hervorgehen wird, vermag keine der angeführten Hypothesen eine genügende Erklärung über Erkältungsvorgänge zu geben, vielleicht bringt die Reflextheorie, die seit langer Zeit am meisten Wahrscheinlichkeit für sich hatte, auf Grund neuerer Forschungen völlige Klarheit.

Mechanische, chemische, elektrische und thermische Hautreize haben einen hervorragenden Einfluſs auf die Zentren für Blutkreislauf, Atmung und Wärmeregulierung; auf diese wissenschaftlich erhärtete Thatsache gründet sich die Reflextheorie.

Durch Kältereiz werden die sensiblen peripheren Nervenelemente der Haut in einen Erregungszustand versetzt, welcher sich zu den oben genannten Zentralorganen fortpflanzt und von hier aus auf motorische Bahnen (Schüttelfrost), auf sensible (Neu-

ralgien), vasomotorisch-trophische (Hyperämien, Katarrhe, interstitielle Entzündungen), sowie auf Wärme hemmende resp. steigernde Fasern (Stoffwechseländerungen und Temperaturschwankungen) übertragen wird. Diese Hypothese ist durch anatomisch-physiologische wie pathologische Forschungen begründet.

Feine Hautnervenäste steigen, wie LANGERHANS entdeckt hat, in das rete Malpighi auf, um unmittelbar unter dem Hornstratum mit knopfförmigen Anschwellungen zu endigen, während nach UNNA die Fasern noch bis in die einzelnen Epithelzellen sich verfolgen lassen. Dieses periphere Nervennetz vermittelt die Temperaturempfindung und steht zu den wichtigsten vitalen Vorgängen im Organismus in innigster Beziehung. So bewirken schwache Hautreize eine Verengerung der Gefäfse, Vermehrung der Herzaktion, Temperaturerhöhung, später Temperaturabfall, starke Erschlaffung und Erweiterung des peripheren Gefäfssystems, Verlangsamung der Herz- und Lungenthätigkeit, Erniedrigung der Temperatur; auch der Stoffwechsel wird verändert; nach schwachen Reizen tritt ein vermehrter Umsatz von Eiweifskörpern, Steigerung der Harnstoffmenge, vermehrte Oxydation und CO_2-Ausscheidung ein, nach starken Reizen findet zunächst als Kompensation für den Wärmeverlust eine Erhöhung des Verbrennungsprozesses statt, dann aber folgt stets eine Verminderung desselben; mäfsig starke Reize sind in ihren Wirkungen den starken Agenzien gleich (RÖHRIG). Fernere Experimente beweisen die Abhängigkeit pathologischer Prozesse, namentlich abnormer Temperatur- und Stoffwechselvorgänge, von Nerveneinflüssen. Nach TSCHECHICHIN hat Durchneidung des verlängerten Markes am hintern Teile der Varolsbrücke fast augenblicklich Beschleunigung des Herzschlages, der Respiration, des Blutstromes und eine Erhöhung der Temperatur zur Folge; diese Erscheinungen steigern sich nach 2—3 Stunden zu Fieber; es ist mithin das Fieber als eine abnorme Steigerung der Thätigkeit der Hirnzentren aufzufassen, wobei die chemischen Prozesse exzessiv erhöht sind; NAUNYN und QUINCKE kamen zu ähnlichen Resultaten, sahen jedoch nur dann hohe Temperaturgrade, wenn die Abkühlung des Tieres verhindert war, sonst erfolgte rascher Temperaturabfall.

Die Abhängigkeit der Temperatur vom Rückenmarke wird

ferner durch chirurgische Erfahrungen bei Verletzungen des Halsmarkes bestätigt, bei denen ein Sinken der Temperatur bis auf 30,2° C. beobachtet wurde (Fischer, Brodie, Hutchinson, Billroth); aber auch Fälle von Temperaturerhöhung nach Nerven-, Gehirn- und Rückenmarksaffektionen wurden beobachtet (Levier, Colin u. a.); Temperatursteigerungen beim Tetanus um 5—6° wurden von Wunderilch, Erb, Leyden, Billroth und Fick konstatiert.

Nach diesen Beobachtungen ist das Vorhandensein eines nervösen Wärmeregulierungsapparates unzweifelhaft; derselbe steht mit andern Apparaten, mit denen der Schweifsabsonderung, des Atmens und der Herzkontraktionen in innigem Konnex; die Entstehung des Schweifses aus physischen Gründen, bei Neuralgien und Hirnaffektionen ist bekannt.

Für die Reflexerkältungstheorie aber ist besonders wichtig die von Heidenhain konstatierte Abhängigkeit der Temperatur im Innern des Körpers von Reizung der Empfindungsnerven; nach Hemmung der Reflexthätigkeit des Rückenmarks haben thermische Hautreize keinen Effekt auf die Temperaturerhöhung, wie aus der Wirkung der Curarevergiftung hervorgeht (Röhrig und Zuntz); letztere setzt den Stoffwechsel in bedeutendem Mafse herab, besonders deshalb, weil der von den Temperaturnerven der Haut ausgehende Tonus nicht auf die motorischen Fasern übertragen und hier demnach die wärmebildende Muskelaktion aufgehoben wird.

Die Reflexwirkung thermischer Hautreize auf die Herz- und Gefäfsthätigkeit ist von Neumann und Röhrig experimentell begründet worden; ersterer beobachtete unter dem Mikroskop die Gefäfse am Mesenterium eines dekapitierten Frosches mit erhaltener medulla oblongata nach Reizung des bloſsgelegten nervus ischiadicus und Abtrennung des dazu gehörigen Schenkels, sowie Unterbindung der Blutgefäfse; elektrische, chemische und thermische Reize hatten die gleichen Veränderungen in der Geschwindigkeit der Blutbewegung im Mesenterium im Gefolge; relativ starke Hautreize setzen nach ihm Herz- und Gefäfsthätigkeit herab und bedingen Erweiterung der Gefäfse, sowie Verlangsamung des Blutlaufes; relativ schwache erhöhen Herz- und Gefäfsaktion, stärken die Herzkontraktionen, verengern die Gefäfse und be-

schleunigen den Blutumlauf; die Dauer dieser Wirkungen ist im allgemeinen proportional der Dauer des Reizes, doch folgt auch nach länger anhaltenden schwachen Reizen schliefslich eine Erschlaffung. RÖHRIG zeigte, dafs nach Durchschneidung der n. vagi kein Reizeffekt von den sensiblen Nervenendigungen aus auf das Herz ausgelöst wurde. Die Wirkungen von peripheren Kälte- und Wärmereizen auf das Herz sind zuerst am Menschen von WINTERNITZ sphygmographisch festgestellt worden. Den Beobachtungen gemäfs folgt jedem Hautreiz durch niedrige Temperaturen unmittelbar eine Beschleunigung der Herzaktion, bei längerer Dauer des Reizes tritt Verlagsamung der Herzkontraktionen ein; hohe Temperaturen verlangsamen sofort die Herzthätigkeit, später beschleunigen sie dieselbe; im allgemeinen aber befördert Wärme die Herzaktion, während Kälte sie hemmt.

Der Einfluſs thermischer Reize der Haut auf die Respiration ist besonders von SCHIFF, FALK und RÖHRIG klargestellt worden; ersterer beobachtete nach Reizung einzelner Hautnerven am Ohr, Hals und an der Brust Atmungssuspension in der Exspirationsstellung, FALK sah Atmungsstörungen nach Hautkältereizen auch dann noch eintreten, wenn die Versuchstiere zuvor durch Morphium narkotisiert waren, ein Beweis, dafs nicht psychische Eindrücke, plötzlicher Schreck etc. allein Atmungsbehinderung erzeugen; RÖHRIG fand bei durch Chloralhydratinjektionen betäubten Kaninchen, die 20 Minuten lang stark abgekühlt wurden, sofort heftige Dyspnöe eintreten, der später regelmäfsig Sinken der Respirationsfrequenz folgte. Ferner haben auch mechanische und chemische Reizmittel Änderungen des Atmungsrhythmus zur Folge: so bewirkt Kitzeln verstärkte Exspirationen wie das Lachen; Senfspiritus an die Ohren von Kaninchen appliziert, rief Zunahme der Puls- und enorme Abnahme der Respirationsfrequenz hervor, ähnliche Wirkungen wurden durch Krotonöl, Kantharidentinktur bei Bestreichen der Ohren, durch Senföl bei Applikation an den Oberschenkeln, sogar durch Alkoholwaschung an den Ohren erzielt. Bei stärkeren Hautreizen trat analog der Einwirkung auf die Herzaktion eine bedeutende Herabsetzung der Respirationsfrequenz ein; so sank bei einem Kaninchen, welchem die Haut zu beiden Seiten der Wirbelsäule in einer Ausdehnung von 3 □″ mit Kantharidin-

kollodium bestrichen war, die Atemfrequenz von 220 auf 78, die Pulsfrequenz von 116 auf 60 in einer Stunde (RÖHRIG). Es ist daher zweifellos, daſs Erregungen der sensiblen Hautnerven eine rhythmische Innervierung der Inspirationsnerven auf reflektorischem Wege auslösen; und doch ist die Periodizität der Atembewegungen nicht, wie VOLKMANN meinte, von einem periodischen peripheren Reiz abhängig, sondern von dem Reiz, den das venöse Blut auf das Atmungszentrum ausübt, wie RÖHRIG gezeigt hat; daher auch die erste Atmung beim Neugeborenen nicht von dem Kältereiz der Haut, sondern von der CO_2-Anhäufung im Blute hervorgerufen wird (PFLÜGER).

Daſs thermische etc. Reize auch den Blutdruck und die Blutverteilung mächtig beeinflussen, ist gleichfalls durch physiologische Experimente bewiesen worden. GOLTZ konstatierte, daſs durch Klopfen auf die Bauchdecken eines Frosches Herzverlangsamung, selbst Herzstillstand veranlaſst wurde, sowie daſs nach Aussetzen des mechanischen Reizes und Wiedereintreten der Herzaktion Blutleere in den Hohlvenen und Schwimmhäuten, selbst in den kleinen Arterien sich zeigte, bei der Sektion aber die Mesenterialvenen und Arterien ganz bedeutende Hyperämien darboten. Einen analogen Tonusverlust der Gefäſse beobachtete man nach Durchschneidung des n. splanchnicus; hochgradige Hyperämien in dem von diesem versorgten Gebiet, kollaterale Anämien in andern Provinzen. SCHÜLLER konnte nach einem Druck auf die Bauchhaut eines Tieres Erweiterung der Piavenen hervorbringen; feuchte kalte Kompressen auf den Bauch oder Rücken bewirkten fast regelmäſsig sofort andauernde Erweiterung, feuchte warme Kompressen Verengerung der Piagefäſse; ähnlich wirken kalte Vollbäder, erst später kontrahierten sich längere Zeit diese Gefäſse, dagegen haben warme Vollbäder Verengerung derselben zur Folge. WINTERNITZ bewies durch Experimente mit dem Plethysmographen, daſs Veränderungen des Gefäſslumens in einer Körperpartie das entgegengesetzte Verhalten der Gefäſse in andern Teilen nach sich zogen (KRÖGER); ferner aber hat derselbe auch konstatiert, daſs nach Kontraktion der Blutgefäſse vermittelst Kühlung der Fuſssohlen die Gefäſse im äuſseren Gehörgang sich verengerten und selbst Nasenbluten zum Stillstand kam. Es bestehen mithin Wechselbeziehungen

auf thermische Reize zwischen bestimmten Hautpartien und entfernten Organen; die primäre Veränderung des Gefäfstonus an einer Stelle bewirkt durch thermischen Reflexreiz eine sekundäre sympathische oder Fernwirkung (RUNGE). Diese reaktiven Veränderungen sind sowohl nach Intensität als Dauer den primären gleich (GERGENS); nur bei sehr starken primären Kältereizen, z. B. an den Füfsen, tritt ein Gefäfskrampf ein, der die reaktive Fluxion verhindert und daher an den vulnerablen Schleimhäuten, im Nasenrachenraum, an der Conjunctiva Nutritionsstörungen der Gefäfswände in Form von Hypersekretion etc. bedingt. Wie die Angina, der Schnupfen, die Conjunctivitis entstehen auch die Laryngitis, der Bronchialkatarrh nach Kältereizen der Haut von Schultern und Rücken sowie der Vorderarme, Magenkatarrh nach Kälteeinwirkung auf das Becken, Affektionen des Rektums nach starker Abkühlung des Magens; ähnlich ist das Zustandekommen der von PICK erwähnten Psychosen infolge von Kälteeinwirkungen zu erklären; auch die Entstehung von Rheumatismus und Darmkatarrhen auf reflektorischem Wege nach Kälteeinwirkungen auf bestimmte Hautstellen ist völlig plausibel; selbst die Apoplexien, wie sie so häufig im Frühjahr und Herbst nach länger oder kürzer dauernden Erkältungseinflüssen auf die Haut, namentlich die der Unterschenkel und Füfse, beobachtet werden, finden auf Grund der entwickelten reflektorischen Erscheinungen ihre rationelle Erklärung. — Die übrigen Erkältungskrankheiten sowie deren Erscheinungen sind ebenfalls mit der Reflextheorie sehr wohl zu vereinbaren.

Was zunächst die Inkubationszeit betrifft, so steht erfahrungsmäfsig fest, dafs dieselbe schwankt von wenigen Minuten bis zu zwei Tagen und offenbar von individuellen Verhältnissen, namentlich von der anatomischen und physiologischen Beschaffenheit der Haut, wesentlich beeinflufst wird. Trifft ein plötzlicher starker Kältereiz das periphere Nervennetz, so kann die Einwirkung des Kältemomentes mit der Krankheitsäufserung zusammenfallen (manche Neuralgien, Zahnschmerzen, Ohrenschmerzen [SEITZ]), in andern Fällen mufs die Innervationsstörung erst eine gewisse Intensität erlangen, um reflektorische Wirkungen im Organismus oder in einzelnen Organen zu bedingen; aber wohl niemals ruht

der Vorgang, wie ja auch die Alteration des Gemeingefühls lange vor deutlicher Manifestierung der Erkrankung selbst beweist; es entstehen wiederholte Veränderungen des Gefäfstonus, reaktive Schwankungen, bis es endlich zu relaxativen Hyperämien kommt, je nach der Reaktionsfähigkeit der Haut; auch die thermischen Reize auf die Zentren für Herz- und Lungenthätigkeit, auf den zentralen Wärmeregulierungsapparat, auf das trophische Zentralnervensystem, wachsen erst zu einer gewissen Intensität an, bis ein reflektorischer Vorgang ausgelöst wird, wie dies ja auch bei andern Nervenreizen, z. B. bei Epilepsie, beim Tetanus, bei Reizung der n. erigentes etc. der Fall ist. Das typische Bild der Reflexauslösung ist hierbei der Schüttelfrost. — Durch die Erregung der Temperaturnerven der Haut wird ein fortdauernder Reiz dem Zentralorgan der Wärmeregulierung zugeführt; derselbe überträgt sich auf die motorischen Bahnen und hat zunächst in den unwillkürlichen Muskeln leichte, höchstens durch das Gemeingefühl wahrnehmbare Kontraktionen, später auch in einzelnen willkürlichen sich durch Frösteln äufsernde Zusammenziehungen zur Folge; erreichen diese Reize ihr Maximum, so zeigt sich die Reaktion in Form eines allgemeinen tonischen und klonischen Muskelkrampfes, wie er meist die schweren Erkältungskrankheiten einleitet.

Das reine Erkältungsfieber, die Ephemera, ohne lokalisierte Entzündungsherde wird auf reflektorischem Wege in folgender Weise zu Stande kommen. Nach vorübergehender Steigerung der Oxydationsvorgänge, der Herz-Lungenthätigkeit, der Körpertemperatur durch Kälteeinwirkungen auf die peripheren Hautnerven sinkt infolge fortgesetzt dem Zentralnervensystem zufliefsender starker Kältereize die Temperatur; damit zugleich werden die übrigen vitalen Prozesse herabgesetzt; haben diese Reize die untere Grenze erreicht, so entsteht eine Reaktion des Gesamtorganismus, vermittelt durch das der Erhaltung seiner Existenz vorstehende Nervensystem, insbesondere den Wärmeregulierungsapparat; durch Lähmung der Temperatur herabsetzenden oder Reizung der Temperatur steigernden Fasern wird eine bedeutende Wärmeproduktion bedingt, insofern der Reiz reflektorisch die fast ausschliefslichen Wärmebildner, die

Muskeln, zu erhöhter Thätigkeit, die, wie gezeigt, sich sogar durch einen Schüttelfrost manifestieren kann, anregt; es folgt nun oft hochgradige Temperatursteigerung, die, wie oben angegeben, mehr als das 3fache des Normalen betragen kann; die Gröfse derselben ist indessen nicht der absoluten Gröfse des Wärmeverlustes proportional, sondern richtet sich nach dem Grade des thermischen Nervenreizes der peripherischen sensiblen Nervenendigungen (KRÖGER). Gleichzeitig mit der Erregung der motorischen Bahnen wird auch im vasomotorischen Zentrum ein Reflex ausgelöst, es entstehen Blutdruckschwankungen, wechselnde Hyperämien und Anämien der einzelnen Organe, so lange die Resistenzfähigkeit der Gefäfswände und des perivaskulären Gewebes noch erhalten, deren Nutrition noch nicht hinreichend gestört war, um Diapedesis zu veranlassen. Durch diese Veränderungen der Temperatur und Vaskularisation werden die das Erkältungsfieber charakterisierenden Störungen des Gemeingefühls hervorgerufen; ferner werden das Herz und die Lungen zu gesteigerter Aktion angeregt, insofern einesteils auch in ihren Zentren sich ein reflektorischer Vorgang vollzieht, andernteils durch die Wärme an sich ihnen ein neuer Impuls zugeführt wird; die Oxydationsprozesse werden mithin durch alle diese Momente gesteigert, es zeigt sich gröfsere O-Konsumption, vermehrte CO_2-Produktion und erhöhte Harnstoffexkretion.

Die Organe selbst bleiben intakt, höchstens äufsert sich eine geringe trophische Störung in dem Ausbruch eines Herpes labialis, buccalis etc.

Unter verschiedenen Schwankungen des Erregungszustandes des Zentralnervensystems kommt es endlich zur Ausgleichung aller abnormen Störungen durch Lysis oder Krisis, die sich besonders auch symptomatisch in einer Wiederkehr der Hautfunktionen äufsert.

Es leuchtet ein, dafs es unter dominierendem Fieber auch zu lokalen Erkältungskrankheiten kommen kann. Wenn die vasomotorischen Änderungen degenerierte Gefäfswände treffen, wenn überhaupt eine pars min. restit. vorhanden ist, oder wenn die infolge der Blutdruckschwankungen eintretenden Nutritionsstörungen der Gefäfswände zu bedeutend sind, so sind fieberhafte Katarrhe

der Schleimhäute des Digestions- und Respirationstraktus, der Leber und Nieren die unmittelbare Folge. Auch kann entsprechend den Schwankungen in der reflektorischen Erregbarkeit der Zentralorgane bald rheumatisches Kopfweh, bald ein Schnupfen, oder eine anginöse Halsaffektion, ein Darmkatarrh, eine Muskel- oder Nervenaffektion eintreten, ja diese verschiedenartigen Lokalaffektionen können bei ein und derselben Erkältung nacheinander entstehen resp. abwechseln, so dafs derjenige, welcher das Fieber nur von einem lokalen Entzündungsherd abzuleiten sich gewöhnt hat, in wirkliche Verlegenheit gerät. Ganz unerklärlich würden aber diesem die Erkältungsfieber mit verspätet eintretenden Lokalaffektionen bleiben, zumal er sich doch nicht mit der Ansicht der Laien begnügen kann, dafs es sich in diesen Fällen um eine versteckte Erkältung, z. B. einen versteckten Schnupfen, handelt.

Nach der Reflextheorie ist die Entstehung aller dieser Affektionen von dem Grade des reflektorischen Reizzustandes der Zentren für Vaskularisation, von der gröfseren oder geringeren Vulnerabilität der Schleimhäute und Gewebe abhängig, nicht aber von der erhöhten Temperatur oder einem sonstigen pathogenen Agens; hat doch Gergens erwiesen, dafs bei dem durch Nerveneinflüsse aufgehobenen Tonus der Gefäfswände diese sich bis zur Durchlässigkeit für feste Partikel verändern.

Es wird hiernach verständlich sein, warum bei interstitiellen und krupösen Pneumonien, krupösen und diphtheritischen Entzündungen das Fieber der lokalen pathognomonischen Erscheinung vorhergeht, warum vielleicht überhaupt die Infektionskrankheiten ohne vorhergehende Lokalisation durch einen Schüttelfrost resp. hohes Fieber eingeleitet werden, wie ferner die Höhe des Fiebers zu dem Grade der Lokalaffektionen in keinem Verhältnis steht.

Die Entwickelung von albuminösen Infiltrationen, von Pneumonien, Hepatitiden, Nephritiden, von krupösen und diphtheritischen Affektionen ist nach diesen Erörterungen nicht rätselhaft, so wenig als die Entzündungen seröser Häute, die Ecchymosen, Petechien, Extravasate und Apoplexien. Sogar die infolge von Erkältungen eintretenden allgemeinen und partiellen hydropischen Erscheinungen ohne Affektionen der Lungen, des Herzens und

der Nieren finden ihre Begründung in der Reflextheorie. Nach SPINA stellen die Nieren die Sekretion von Wasser ein, wenn man die Medulla oblongata und das obere Viertel des Rückenmarks zerstört; die Folge davon ist allgemeiner Hydrops, besonders wenn die Hautsekretion von Wasser unterdrückt ist; ferner hat SPINA wie oben angeführt gefunden, dafs die Sekretionsströme sich eventuell umkehren, mithin die Haut die Fähigkeit verlieren kann, Wasser nach aufsen abzugeben, dafür aber im stande ist von aufsen Wasser aufzunehmen; aufserdem aber hat der Gehalt der Zellen an überschüssigem Chlornatrium, wie er auch bei Erkältung eintritt, zur Folge, dafs Störungen der Endosmose und Exosmose sich einstellen; es wird für das im Blut fehlende ClNa Eiweifs und zwar im Verhältnis von 1 : 9 aus den Geweben extrahiert (SCHMIDT), und damit werden die letzteren an sich wasserreicher; ähnliche Einflüsse wie Zerstörung der nervösen Zentralapparate für die Nierensekretion könnten vielleicht Lähmungen nach Kältereizen haben, auch wäre es denkbar, dafs infolge der Unterdrückung der Schweifssekretion, durch welche normaliter Chlornatrium abgeschieden wird, die Zellenthätigkeit und Zellenernährung sich derart änderten, dafs reichlich Wasser aufgenommen und damit Hautödeme erzeugt würden.

Dafs auch Schüttelfrost durch nervöse Einflüsse auf reflektorische Weise hervorgerufen wird, beweisen die Beobachtungen beim Katheterismus der Urethra, bei Einklemmung von Blasensteinen etc.; ferner sollen sogar nach LITTEN Pneumonien infolge von Kontusionen der Brust vorkommen.

GERGENS hat gefunden, dafs von bestimmten Körperstellen der Hautoberfläche aus durch lokale Reize an fern liegenden Teilen ebenfalls lokalisierte Veränderungen des Gefäfstonus zu erzielen sind. Der Kältereiz ist aber nicht, wie GERGENS annimmt, von eigenartiger Natur, vielmehr identisch mit den übrigen Nervenreizen, wie dies auch RÖHRIG hinsichtlich der Wirkungen der Soolbäder erwiesen und SCHOTT bestätigt hat, besonders auch für faradische und elektrische Bäder. Dafs der Körper aber nach Aufhebung der Sensibilität der Haut nur nach physikalischen Gesetzen die Wärme durch die Haut vermittelt, beweisen die Tabetiker, welche nach Verlust der Temperaturempfindung nament-

lich an kalten Händen und Füfsen leiden, weil sie die Reflexerregbarkeit der Nerven verloren haben; dafs letzterer Umstand auch auf die Ernährungszustände der Haut von wichtigem Einfluſs ist, beweist die trockene und blätterige Beschaffenheit derselben bei veralteten Hemiplegien, der welke und magere Zustand der Cutis bei Facialisparalyse; die Blässe und Kälte der Haut bei Ischias hängt gleichfalls mit der herabgesetzten Sensibilität zusammen; ja es tritt sogar nach Durchschneidung d. n. ischiadicus Ernährungsstörung und Brand an dem betreffenden Fufs ein (mal perforant du pied der Tabetiker).

Es ist klar, dafs jede Abstumpfung der sensiblen Hautnerven der Übertragung krankhafter Impulse auf die vasomotorischen Zentren förderlich ist und Störung in deren normaler Funktion bedingt; so ist z. B. die Reaktionsfähigkeit der Haut im Schlaf, bei Intoxikationen (Alkohol) herabgesetzt, die Erkältungsgefahr mithin dabei erhöht; Narcotica in gröfseren Dosen setzen die Eigenwärme bedeutend herab, denn Lähmung der sämtlichen sensiblen Nerven wirkt der Durchschneidung des verlängerten Markes ähnlich. Die Eigenwärme des Körpers ist daher von dem Zustand der Sensibilität der Hautnerven abhängig; wird dieselbe gekräftigt, sei es durch Muskelarbeit, durch übende Reize (Sommerbrodts kontrastierende Temperaturen), sei es durch Bäder mit physikalischen und chemischen Agenzien (Dampfdouche-, Soolbäder), dann wird auch die Erkältungsgefahr vermindert. Es sei hierbei bemerkt, dafs permanente leise Reize, wie sie das Tragen von Wollkleidern bedingen, ebenso wie allzu ängstliches Vermeiden von rauhen Temperaturen die Reaktionsfähigkeit der Haut herabsetzen und damit die Disposition zu Erkältungen steigern.

Man darf nach all diesen Ausführungen behaupten, dafs alles organische Leben direkt vermittelt und bedingt wird durch das Organ des Temperatursinnes, das periphere sensible Hautnervensystem. Physikalische, chemische, thermische und elektromotorische Kräfte beherrschen dasselbe; sind diese im Gleichgewicht, so erfreut sich der Organismus vollkommener Euphorie; Störungen der normalen Innervationen bedingen abnorme Veränderungen des vegetativen Daseins; dieselben werden

innerhalb gewisser Grenzen vermöge der Reaktionsthätigkeit des Zentralnervensystems wieder ausgeglichen. Zu diesen reflektorischen Vorgängen gehört auch das Fieber; es ist dasselbe mithin in gewissem Sinne ein wohlthätiger Ausgleichungsvorgang (NOTHNAGEL, NAUNYN), oder ein Kampfmittel gegen die Widersacher, z. B. Bakterien (UNVERRICHT, COHNHEIM).

Das Ergebnis dieser Abhandlung läfst sich in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Die Haut vermittelt die Erkältungskrankheiten lediglich als Organ des Temperatursinnes auf reflektorischem Wege.

2. Die histologischen und physiologischen Veränderungen der Haut bei Erkältungsvorgängen sind reflektorische Erscheinungen.

3. Die Disposition zu Erkältungskrankheiten ist von dem Grade der Reaktionsfähigkeit der Haut abhängig.

Als weitere Konsequenzen ergeben sich:

1. Die beste Prophylaxis gegen Erkältungskrankheiten besteht in der Entwickelung gröfstmöglichster Reaktionsfähigkeit der Haut, wie sie durch übende Reize (Gefäfsgymnastik, reizende Bäder) erzielt wird.

2. Die Behandlung der Erkältungskrankheiten mittels Diaphorese ist keine kausale, sondern höchstens eine symptomatische; hydropathische Umschläge, Inhalationen gegen Lokalaffektionen sind desgleichen höchstens symptomatisch von Nutzen.

3. Die schematische Kaltwasserbehandlung (zum Zweck der Wärmeentziehung) bei fieberhaften Krankheiten, besonders des Typh. abdominal., sowie jede spezifisch antipyretische Behandlung entbehren wissenschaftlicher Grundlagen.

4. Eine rationelle Therapie fieberhafter Prozesse besteht in der Anwendung solcher Mittel, welche die Reflexerregbarkeit der Zentralorgane beeinflussen (Nervina, z. B. Morphium, Chloral, Digitalis, warme oder indifferente Bäder — resp. Kampfer, Moschus, kalte Douchen), bei Infektionskrankheiten causaliter Antiseptica, nach LENDER z. B. aktiver, O_1, und elektrischer Sauerstoff, O_3.

Auf Grund vorstehender Erörterungen ist die Annahme gerechtfertigt, dafs den meisten Erkältungskrankheiten und besonders

der bleibenden Disposition zu solchen eine Alteration des Hautnervensystems, also eine bestimmte Hautaffektion zu Grunde liegt, deren sonstige klinische und pathologisch-anatomische Symptome zu erforschen der Zukunft vorbehalten bleibt.

Litteratur.

1. Lavoisier et Séguin. *Mémoires de l'Academie.* 1789/90.
2. Abernethy. *Chirurg. und physikal. Versuche,* übersetzt von Brandau. Leipzig. 1795.
3. Collard de Martigny. *Magendies Journal de physiol.* XI. I. 1831.
4. Brodie. *Med. chir. Transactions.* 1837.
5. Fourcault. *Comptes rend.* 1838.
6. Madden. *An experim. inquiry into the phys. of cutan. absorpt.* 1838.
7. Becquarel et Breschet. *Archiv gén. de méd.* 1841.
8. Gluge. *Physiologie und Pathologie.* 1841
9. Ducros. *Frorieps Notizen.* 1841.
10. Scharling. *Annales de pharmacie.* 1843.
11. Willis. *London med. Gaz.* 1844.
12. Krause. Artikel „Haut" in *Wagners Handwörterbuch.* II. 1844.
13. Hannover. *De quantitate acid. carb. ab. hom. exhalat.* 1845.
14. Magendie. *Gazette méd.* 1846.
15. Regnault et Reiset. *Annales de chim.* Vol. 26. 1846.
16. Valentin. *Lehrbuch der Physiologie.* 1847.
17. Gerlach. *Müllers Archiv f. Anatomie und Physiologie.* 1851.
18. Bernard. *Leçons sur la chaleur des animaux à sang chaud.* 1856.
19. Valentin. *Archiv f. physiolog. Heilkunde.* 1858.
20. Bernard. *Leçons sur les propriétés physiques des liquid. de l'organisme.* 1859.
21. Weyrich. *Die unmerkliche Wasserverdunstung.* 1862.
22. Pettenkofer. *Annales de chim. et pharm.* 1862.
23. Ludwig. *Kohlensäurebestimmung der Athemgase.* 1866.
*24. Naumann. Untersuchungen über die physiol. Wirkungen der Hautreize. *Prager Vierteljahrschrift.* 1867.
*25. Wundt. *Lehrbuch der Physiologie.* 1868.
26. Laschkewitz. Über Firnissung der Tiere. *Archiv f. Anat. und Phys.* von Reichert u. du Bois. 1868.
27. Edenhuizen. Firnissung der Tiere. *Zeitschrift für rat. Medicin.* 1868.

28. Sommerbrodt. *Über eine wichtige, bisher nicht gekannte Einrichtung des Organismus.* 1868.
29. Runge. *Der Rheumatismus der Muskeln und Gelenke.* 1868.
30. Goltz. Über gefäfserweiternde Nerven. *Pflügers Archiv.* Bd. XI. 1868.
31. Roewer. *Experimentelle Untersuchungen des Nerveneinflusses auf Blutgefäfse.* 1869.
32. Delaroche. *Journal de physique.* Vol. 71. 1870.
*33. Rindfleisch. *Patholog. Gewebelehre.* 1871.
34. Winternitz. *Österr. Jahrbücher.* 1871.
35. Hueter. *Allgem. Chirurgie.* 1871.
36. Heidenhain. *Pflügers Archiv für Physiologie.* 1871.
*37. Röhrig. *Die flüssige Hautaufsaugung.* 1872.
*38. — *Die Haut als Applikationsorgan.* 1872.
*39. — *Physiologie der Hautathmung.* 1872.
40. Beneke. *Zur Theorie des Gelenkrheumatismus.* 1872.
*41. Uhle u. Wagner. *Allgemeine Pathologie.* 1872.
*42. Röhrig. *Physiologische Untersuchungen über die Einflüsse von Hautreizen auf Circul., Athmung und Temperatur.* 1873.
43. Cohnheim. *Untersuchung über Entzündung.* 1873.
*44. Zuntz u. Röhrig. *Zur Theorie der Wärmeregulation und der Balneotherapie.* 1873.
45. Senator. *Der fieberhafte Prozefs und seine Behandlung.* 1873.
46. Falck. *Archiv für Anatomie und Physiologie* von Reichert und du Bois. 1874.
*47. Seitz. Über leichte Erkältungskrankheiten. *Ziemssens Spec. Pathol. und Therap.* XIII. 1875.
48. Unna. *Entwickelungsgeschichte der Anatomie der Haut. Ziemssens Spec. Anat. und Therap.* XIV. 1875.
49. Fleischer. *Über das Resorptionsvermögen der Haut.* 1877.
*50. Lassar. Über Erkältung. *Virchows Archiv.* 1880.
*51. — Über den Zusammenhang der Hautresorption und Albuminurie. *Virchows Archiv.* 1880.
52. Rosenbach. Beiträge z. period. Hämoglobinurie. *Berliner klinische Wochenschrift.* 10. Aug. 1880.
53. Gergens. Über die Veränderung der Gefäfswände bei aufgehobenem Tonus. *Archiv für Physiologie.* XIII. 1880.
54. Paetzsch. *Berliner klinische Wochenschrift.* No. 3. 1881.
*55. Spina. *Über Resorption und Secretion.* Leipzig. 1882.
56. Frédéricq. Sur la régulation de température chez les animaux. *Archives belgiques.* 1882.
*57. Schott. Die Hautresorption. 1885.
58. Pick. *Berl. klin. Wochenschr.* 1885.
59. Maienfisch. *Die Kaltwasserbehandlung.* 1886.

*60. Gerold. *Studien über die Bäder von Teplitz.* 1886.
*61. Gergens. Die Antipyrese durch Wärmeentziehung. *Deutsche Med. Zeitung.* No. 24. 1886.
*62. — Zur Frage von der Erkältung als Krankheitsursache. *D. Med. Ztg.* No. 8. 1886.
*63. Frey. *Die Thermen von Baden-Baden.* 1886.
*64. Kröger. *Wissenschaftliche Grundlagen der modernen Hydrotherapie.* 1886.
*65. Arnheim. *Über Hautperspiration und Wärmeabgabe bei Firnissen der Haut.* Ref. *D. Med. Ztg.* 1886.
*66. Uyrjumow. *Über das Verhalten von Menschen und Thieren mit lackierter Haut.* 1886.
*67. Gergens. Weiteres zum Wesen der Erkältung. *Deutsche Med. Zeitung.* No. 26 u. 27. 1887.
*68. Jacobi. Über Collateralinnervation der Haut. *Berl. klin. Wochenschr.* 20. Juni. 1887.
*69. — Über die Ergebnisse des an Cetti ausgeführten Hungerversuches. *Berl. klin. Wochenschr.* No. 24. 1887.

Die mit * bezeichneten Abhandlungen lagen im Original vor.

Referate.

1. A. Morrow. **Drug Eruptions.** A clinical study of the irritant effects of drugs upon the skin. New York, W. Wood. 1887.
2. J. C. White. **Dermatitis venenata.** An account of the action of external irritants upon the skin. Boston 1887.

Das gleichzeitige Erscheinen von zwei, denselben Gegenstand behandelnden Büchern, in einem Lande, in dem mein allgemeineres, denselben Gegenstand einschliefsendes Werk zweimal übersetzt wurde, mufs seine Begründung in der Wertigkeit des Untersuchungsmaterials finden. In der That sind die Nebenwirkungen der Medikamente, die sich als Hautausschläge darstellen, von ihrer ersten ärztlichen Beobachtung an, wie jede derartige Abnormität imstande gewesen, das Interesse der Beobachter zu erregen. Aus älterer Zeit haben wir deswegen schon genaue Beschreibungen solcher Zufälle, aus neuerer neben der Beschreibung als unliebsame Zugabe noch einige theoretische Raisonnements über das Zustandekommen dieser Hautausschläge.

Die Frage, wie man sich die Entstehung derselben vorstellen müsse, deckt sich wesentlich mit derjenigen, wie sonst Exantheme, vielleicht mit Ausnahme der parasitären, zu stande kommen. Die generelle Zurückführung auf einen einzigen Modus führt, wie ich dies schon früher betonte, zu Irrtümern. Es ist sicher, dafs dieselben auf verschiedene Weise zu stande kommen können, und weder ausschliefslich durch eine direkte Reizung der

drüsigen Hautorgane oder deren bindegewebige Teile, noch allein reflektorisch durch Gefäfsveränderung oder eine Beeinflussung der Hautnerven entstehen. Durchaus verfehlt und ohne jede thatsächliche Basis ist daher der Versuch, der einmal unternommen wurde, schematisch und dogmatisch die durch Arzneimittel hervorgerufenen Hautausschläge in Kategorien zu bringen. Es fehlen bis jetzt die hierzu notwendigen grundlegenden Versuche. Es würde sich sehr wahrscheinlich bei einer exakten chemischen Untersuchung der so affizierten Haut zeigen, dafs z. B. aufser Jod, Brom und Arsen noch manche andre unorganische und wohl auch organische Substanzen durch die Haut zur Abscheidung kommen, und bei besonders reizempfindlichen Menschen auf diese Weise Hautveränderungen erzeugen. In allen Fällen ist es aber das Mittel als solches, resp. dessen Umwandlungsprodukte, wodurch die Affektion zu stande kommt, gleichgültig, ob maximale oder minimale Mengen des Medikamentes gebraucht werden. Die Annahme, wonach in einigen Fällen, nämlich bei den Eruptionen, die durch „dynamische Wirkung der Arzneistoffe“ bedingt sind, nicht das eingeführte Mittel selbst, sondern neue, durch dasselbe im Blute gebildete, ganz hypothetische und mystische Substanzen, die Hautveränderungen hervorrufen, ist von der Hand zu weisen. Denn ich wüfste z. B. nicht, welche Stoffe das Quecksilber oder die Salicylsäure im Blut zu bilden helfen sollten, die mit aktiveren Eigenschaften wie sie selbst begabt sind. Mir scheint, dafs der nächstliegende und natürlichste Erklärungsversuch für das Zustandekommen solcher Erscheinungen der beste ist, und dafs das Herbeiziehen von Hypothesen, die unseren heutigen Anschauungen nach unverständlich sind und nur ihrer selbst wegen ausgesprochen werden, die Erkenntnis nicht fördert, sondern hemmt. Die natürlichste Erklärung ist aber die, dafs die eingeführten Stoffe, resp. deren Additions- oder Zersetzungsprodukte, entweder direkt oder auf reflektorischem Wege Exantheme veranlassen. Bedingung hierfür ist immer eine individuelle Disposition. Diese allein ist auch bis jetzt dafür verantwortlich zu machen, dafs bisweilen schon minimale Mengen eines Medikamentes — von denen man es nicht erwarten sollte — solche, oft mit Fieber und subjektivem Unbehagen einhergehende Veränderungen hervorrufen. Das ist ja gerade das Charakteristische der Individualität und der dadurch bedingten spezifischen Disposition, dafs Einflüsse irgend welcher Art, die sonst keinerlei Wirkung zu Wege bringen, sich durch funktionelle oder materielle Organveränderungen hierbei bemerkbar machen können, und dafs anderseits dieselbe Schädlichkeit bei Personen mit verschiedenartiger Disposition ihre Wirkung in verschiedener Gestalt zum Ausdruck bringt. Es ist auch öfter darüber diskutiert worden, weswegen nach Einführung der chemisch heterogensten Substanzen oft derartige identische Ausschläge entständen. Will man hierfür Erklärung in Analogien suchen, so finden sich dieselben leicht. Ich brauchte nur darauf hinzuweisen, dafs der Endeffekt nach der Berührung fester Kohlensäure und der von glühendem Eisen der gleiche ist, und dafs bei den verschiedensten Infektionskrankheiten Exantheme entstehen, die

ohne die Begleiterscheinungen nicht voneinander unterschieden werden könnten.

Die Thatsache ist hier ferner hervorzuhebeu, dafs Arzneiexantheme, was merkwürdiger Weise geleugnet wurde, auch nach äufserlicher Applikation auftreten, ohne dafs das betreffende Mittel zu der Gruppe der hautreizenden Stoffe zu gehören braucht, und auch hier ist wieder eine besondere Vulnerabilität der Haut.

Zahlreiche weitere Fragen knüpfen sich an diesen Gegenstand, die wohl wert sind, bald und mit allen von der Wissenschaft gebotenen Hilfsmitteln von Dermatologen in Verbindung mit Pharmakologen in Angriff genommen zu werden. Nur so lassen sich meiner Ansicht nach auf diesem Gebiete merkliche Fortschritte erzielen.

In dem Buche von Morrow finde ich eine Bereicherung unsrer diesbezüglichen Erkenntnis nicht. Dasselbe stellt wesentlich einen etwas erweiterten Auszug meines Buches dar, und ist nicht einmal so vollständig, dafs das, was in den letzten Jahren an neuem verwertbarem Material geschaffen ist, vollständig darin Platz gefunden hat. So fehlen u. a. die Besprechung der Exantheme nach Oleum Santali, der bullösen Exanthemform nach Salicylsäure, der Gangrän nach Chloralhydrat, der Hautveränderungen nach Gebrauch von Genista, ferner durch Euphorbiaceen, durch Petroleum, durch Daphne Mezereum, Naphtol, Vaselin, und sehr viele andre wissenswerte Mitteilungen, die der Verf. wohl bei einem Buche, das er nach vorhandenem Muster bearbeitete, sich hätte aufsuchen sollen. Immerhin ist dasselbe für Dermatologen nützlich, insofern es eine Übersicht über die gewöhnlich vorkommenden medikamentösen Ausschläge liefert und zur Orientierung dienen kann.

Ganz anders will das Werk von James White beurteilt sein. Dasselbe umfafst die Stoffe, die bei direktem Kontakt mit der Haut diese in Entzündung versetzen, oder vorhandene Entzündung verstärken. Nicht nur eigne experimentelle und klinische Beobachtungen, die freilich stellenweise mit einer übermäfsigen Breite mitgeteilt werden, sondern auch die Mannigfaltigkeit des Materials, das, soweit es exotische Pflanzen umfafst, sehr schwer und nur den auf botanischem Gebiete gut Bewanderten zugänglich ist, verleihen dem Buche das Gepräge der Originalität. Der Verf. hat die Hilfe von Botanikern, Chemikern etc. in reichem Mafse in Anspruch genommen und ihre Berichte mitgeteilt. Nicht immer freilich scheint er mir hierbei besonders vorsichtig zu Werke gegangen zu sein. Manches, was er z. B. über die Wirkung von Rhus toxicodendron sich unvollkommen und sogar teilweise falsch sagen liefs, hätte er, falls er etwas mehr die fremdländische Litteratur berücksichtigt hätte, leicht besser beantwortet gefunden, und seine eignen Versuche mit dieser Pflanze wären überflüssig gewesen. Fontana hat in Kürze schon vor ca. 100 Jahren diese Versuche angestellt, und über Rhus radicans gibt es eine eingehende Untersuchung von van Mons aus dem Anfange dieses Jahrhunderts, mit manchen guten Ergebnissen.

Neuere deutsche Werke sind vom Verf gar nicht berücksichtigt. Er kennt nur die „Giftlehre von VAN HASSELT." Aber auch manche schöne ältere Arbeit, wie z. B. die präzisen, monographisch bearbeiteten Versuche von KRAPF über die durch Ranunculaceen verursachten Hautveränderungen, wären wohl wert gewesen, an Stelle unvollkommener Angaben zu treten.

Auf Vollständigkeit kann auch das WHITEsche Buch keinen Anspruch erheben. So vermisse ich die Erwähnung von Onocarpus Vitiensis A. GRAY, Rhus atrum FORST., jenes eigentümlichen Baumes, der unter der Rinde einen giftigen, unter Jucken und schmerzhaftem Brennen Pusteln erzeugenden Saft besitzt. Auch der die Haut verändernde Saft von Trophis antropophagorum SEEM. hätte erwähnt werden können. Das gleiche gilt von Excoecaria Agallacha LINNÉ, jenem Baum, der nach dem Verwunden seines Stammes einen lokal irritierend wirkenden Milchsaft liefert, dessen Rauch benutzt wird, um Lepra zu heilen, und der dies auch wirklich, freilich unter entsetzlichen Qualen der Kranken, meistens zu leisten vermag.

Die erysipelatöse Hautentzündung, die bisweilen nach Einreibung von Balsamum Peruvianum auftritt — ich selbst habe eine solche bei einem meiner Kinder beobachtet —, hat ebenfalls keine Erwähnung gefunden. Auch die durch Anthemis Cotula hervorgerufene Hautveränderung vermisse ich, und unter den Säuren hätte wohl die so eigenartig wirkende Fluorwasserstoffsäure einen Platz finden können.

Ist auch eine mögliche Vollständigkeit nicht erreicht, so ist das Gebotene doch durchaus empfehlenswert und kann als ein Fortschritt in der Systematik der Frage von den artefiziellen Hautveränderungen betrachtet werden.

Berlin. L. LEWIN.

Prof. Dr. E. LANG. **Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.** II. Teil. 1. Hälfte: Das venerische Geschwür (weicher Schanker), dessen Pathologie und Therapie. Wiesbaden 1887. 60 Seiten

In prompter Weise hat L. sein Versprechen erfüllt, seinem gediegenen Lehrbuche der syphilitischen Krankheiten die weiteren Abhandlungen über die venerischen Erkrankungen folgen zu lassen, deren erster Teil sich uns in dem eben angeführten Lehrbuche präsentiert. Die Abhandlung L.s vereinigt sämtliche Vorzüge, welche wir bereits bei Besprechung dieses Werkes in diesen Blättern hervorzuheben das Vergnügen hatten.

Auch hier zeigt sich der Verfasser als Meister in der klinischen Beobachtung, als fleifsiger Sammler der auch hier kritisch verwerteten ausgebreiteten Litteratur — sämtlich Eigenschaften, die den bereits erschienenen Teilen seines Werkes ihren eigenartigen Wert in der Tageslitteratur verleihen. — Als strenger Dualist behandelt L. das venerische Geschwür als eine Erkrankung sui generis, und die erste Vorlesung widmet derselbe

teilweise weiteren Ausführungen in diesem Sinne, wobei er bereits die neuesten Erfahrungen über die Ätiologie des weichen Geschwürs, so namentlich die Mikroorganismenbefunde Ferraris und Manino's, sowie de Luccas — freilich in vorsichtiger Weise — verwertet. Er betont hier nochmals, dafs das venerische Geschwür keine konstitutionellen Symptome im Gefolge hat, und macht in eingehender Weise auch auf die Erfahrungen Auberts aufmerksam, welche einen gewissen niederen Temperaturgrad als Bedingung für die Wirksamkeit des venerischen Kontagiums wahrscheinlich machten. — In den folgenden Blättern wird die Ätiologie behandelt und hierauf ein klares klinisches Bild des ganzen Krankheitsprozesses entrollt. — Bezüglich des Verhältnisses des Herpes progenitalis zum venerischen Geschwür wiesen, wie bekannt, Diday und Doyon in ihrer neuen Arbeit: „Les herpes génitaux", darauf hin, dafs die Ursache der häufigen Koinzidenz in dem Fortwirken zurückgebliebener und ungeschwächter Keime der venerischen Affektion liege. Gegenüber dieser Hypothese, welche in unsrer, besonders in der Bakteriologie streng kritischen Zeit ohne angestellte Kulturversuche keinen Raum findet, spricht sich L. für die ältere Ansicht Verneuils aus, dafs von der Läsion aus gleichsam eine ascendierende Neuritis sich ausbilde, die auf benachbarte Fäserchen übergehe und in ihrem Gebiete Herpes erzeuge. — Es werden hierauf die Lokalisationen beim Manne und beim Weibe, sowie die verschiedenen Komplikationen: des Phagedänismus, der Gangrän, Diphtherie und des Hospitalbrandes besprochen, worauf Verf. zur Lehre von den Bubonen übergeht. Mit vollem Recht spricht sich L. dafür aus, dafs eine Reihe von Bubonen, wie dies schon Manino in seiner Arbeit über die Mikroben des venerischen Geschwürs betonte, von den Eiterkokken, Streptococcus und Staphylococcus pyogenes, ausgehen. Die Erfahrungen des Ref., welche derselbe bei einer Reihe von Züchtungen von Mikroben aus Buboneneiter gewann, und welche derselbe demnächst im Auszuge in diesen Blättern publizieren wird, bestätigen diesen Satz, so dafs es heute wohl keinem Zweifel mehr unterliegt, dafs eine ganze Art von Bubonen blofs als Eiterkokkeninfektion aufzufassen sind. Freilich bleibt, wie dies auch L. auf S. 26 betont, das Geheimnis des sogen. Schankerbubo dadurch unaufgeklärt. Unmöglich sind entschieden die Fälle nicht, wie sie Straus und Funk und teilweise Ref. beobachtete, wo alle Anzeichen für eine sekundäre Infektion des Bubo von Seite des bestehenden Schankergeschwürs vorlagen. Unaufgeklärt bleiben jedoch die, wie wir L. zugeben müssen, äufserst seltenen Fälle, jene schankrösen Bubonen, welche nach Verheilung des Geschwürs entstehen, und deren Sekret sich in Generationen abimpfbar erwies. Bezüglich der Erklärung des bekannten Faktums, dafs ein solcher Buboeiter nicht sofort nach der Incision, sondern meist erst nach 24—48 Stunden ein charakteristisches Geschwür hervorzurufen geeignet ist, weist L. auf die Theorie Auberts hin, deren Richtigkeit jedoch, wie er sagt, noch erwiesen werden mufs. Es werden hierauf die Symptome der Lymphadenitis und die Diag-

nose des venerischen Geschwürs ausführlicher besprochen. Sogenannte boubons d'emblée hält L. nicht für wahrscheinlich.

In sehr ausführlicher Weise wird die Therapie besprochen. Bei der abortiven Methode zieht L. mit Recht eine starke Lapislösung dem lapis en crayon vor, empfiehlt den Köbnerschen Zinkchlorid-Ätzstift, den Pacquelinschen Brenner. Auffallenderweise spricht sich L. auf S. 49 über die Wirkung der reinen Salicylsäure (wie bekannt die Methode Hans Hebras) in ziemlich reservierter Weise aus, indem er derselben eine schwächere Wirkung als dem Acidum pyrogallicum vindiziert. Ref. kann sich auf Grundlage zahlreicher Erfahrungen, indem sämtliche weiche Geschwüre auf dessen Klinik seit 3 Jahren vor allem mit Einstreuungen von Salicylsäure zum Zwecke der abortiven Behandlung behandelt werden, sehr günstig über die Methode aussprechen.

Dieselbe erscheint nach mannigfachen vergleichenden Versuchen dem Ref. als diejenige, welche in kürzester Zeit eine Reinigung der Geschwürsflächen herbeiführt und das stadium destructionis verkürzt. — Eine ausführliche und gründliche Besprechung wird der Jodoformtherapie zu teil, ebenso den Komplikationen. — Bezüglich der Behandlung der Bubonen steht Verf. auf dem modernsten Standpunkte und redet auch warm der antiseptischen Behandlung mit dem Dauerverbande das Wort.

Prag. V. Janowsky.

Krankheiten der Zunge, von Heinrich T. Butlin. F. R. C. S. Deutsch von Dr. Jul. Berezarsky. Wien, Braumüller. 1887.

Butlin macht es sich in der ausgedehnten Monographie über die Er-Erkrankungen der Zunge zur Aufgabe, alle diejenigen pathologischen Zustände dieses Organes in encyklopädischer Weise zu besprechen, welche entweder als selbständige Erkrankungen hier auftreten, oder bei Erkrankung des ganzen Körpers auch dieses Organ mit in Leidenschaft zu ziehen pflegen.

Das Werk beginnt mit den traumatischen Veränderungen der Zunge. Hierher gehören die Verbrennungen und Verbrühungen, die Veränderungen der Zunge durch chemische Agenzien, die Verletzungen durch Bisse von Insekten und Reptilien, sowie durch die Zähne des eignen Mundes, Schnittwunden und Schufswunden aller Art. Bei der Behandlung der letzteren wird auf die Entfernung ev. mitgerissener Kieferfragmente und Zähne mit Recht aufmerksam gemacht. — Sodann folgt die Beschreibung der Bildungsanomalien der Zunge, nämlich Defekt, Spaltung und Verwachsung der Zunge mit der Mundhöhle, abnorme Beweglichkeit der Zunge und Verschlucken der Zunge, sowie abnorme Länge und angeborene Hypertrophie der Papillen des Organs.

Unter dem Namen Xanthelasma werden eine Reihe von Fällen beschrieben, die sich durch das Vorkommen gelblich weifser Flecke am

Zungenrande charakterisieren. Schwarze Flecke finden sich bekanntlich bei Addissonscher Krankheit, rote Blutflecke bei allgemeiner Purpura. Erwähnenswert sind die Fälle von schwarzer Zunge. Hier findet sich in der Mitte des Zungenrückens eine braunschwarze oder ganz schwarze Stelle, ähnlich einer Verfärbung, wie sie füglich auch durch das Einnehmen von Tinte hätte veranlafst werden können. Der Auffassung, diese Affektion auf einen parasitären Ursprung zurückzuführen, stehen manche Bedenken entgegen, namentlich die neueren Untersuchungen Schechs, welcher in seinen Fällen von schwarzer Zunge die Färbung völlig diffus in den Papillen verteilt fand und an der verfärbten Stelle der Zunge die Mikroorganismen sogar in geringerer Zahl vorfand, als in normalen Verhältnissen in der Mundhöhle der Fall zu sein pflegt.

Akute Entzündung der Zunge kann nach Einführung ätzender Substanzen in die Mundhöhle, nach Tierstichen, nach Erkältungen und auch idiopathisch auftreten. Bedeutende Anschwellung des Organs, Speichelfluſs, Unmöglichkeit zu schlingen und zu sprechen, Störungen des Allgemeinbefindens, Fieber, lassen diagnostisch keinen Zweifel entstehen. Wenn die Entzündung halbseitig auftritt, machen sich harte Knoten infiltrierten Gewebes fühlbar, welche bei Entzündung des ganzen Organs auch vorhanden sind, dann aber wegen der bedeutenden Schwellung und Schmerzhaftigkeit nicht gefühlt werden. Entzündungen, die sich nur auf die Zungenwurzel beschränken, führen leicht zu Abscefsbildung. Nur die schweren Fälle der akuten Glossitis bedürfen einer Behandlung: Skarifikationen, Eis, Entleerung des Abscesses etc.

Ätiologisch wichtig ist die merkurielle Glossitis. Zwar ist die Anschwellung eine geringere, aber dennoch ist die Zunge aufserordentlich empfindlich, zur Geschwürsbildung geneigt und mit dickem Belage bedeckt. Durch die Geschwulst gegen die Zähne angepreſst, entstehen Einkerbungen, von denen oft jede der Sitz eines Geschwürs ist, und wodurch die Schmerzhaftigkeit ungeheuer gesteigert wird. Neben dem allbewährten Höllensteinstifte wird dünne Chromsäurelösung (0,35 : 70.) sehr empfohlen. Von einer gewöhnlichen akuten Entzündung unterscheidet sich die merkurielle Glossitis durch das gleichzeitige Vorhandensein der Schwellung der Lippen, der Backenschleimhaut und des Zahnfleisches sowie durch den äufserst fötiden Geruch des Atems. Eine Einreibungskur wird nur selten einmal die Veranlassung bilden und dann nur bei Patienten, z. B. Gehirnsyphilitischen, welche alle Reinlichkeits- und Vorsichtsmafsregeln vernachlässigen. [Ref.]

Furchen, Falten und Runzeln der Zunge, insbesondere die entzündeten Falten bei chronischer oberflächlicher Entzündung derselben, welche selbst in ihrem vorderen Teile rot und geschwollen und ziemlich schmerzhaft ist, sind von grofser pathologischer Bedeutung. Wenn schon die Veranlassung dieses Leidens im Rauchen und Genusse scharfer alkoholischer Getränke zu liegen scheint, so mufs doch die Entstehungsursache solcher zerrissenen und

durchfurchten Zungen in vielen Fällen mit der Syphilis in Zusammenhang gebracht werden. Für diese Ansicht spricht der Umstand, dafs der chronische, epitheliale Katarrh der Zunge bei Syphilis ohne Zweifel die Entstehung solcher entzündlichen, oberflächlichen Falten befördert. Gegen eine allgemeine syphilitische Behandlung verhalten sich diese zwar sehr hartnäckig, dagegen sind sie sehr zugänglich für eine lokale Behandlung mit Chromsäure und Jodtinktur. In unzweifelhafter Weise mufs die Lues für die tieferen Spalten des Zungenrückens verantwortlich gemacht werden. Diese sind entweder das Resultat eines zur Ulceration gebrachten Kondyloms oder eines aufgebrochenen Gummaknotens und werden durch die Kontraktion von grofsen Strecken organisierten Gewebes erzeugt. Niemals wird die Tuberkulose im stande sein so tiefe Fissuren, wie die Syphilis, zu bilden, und zudem ist der Sitz derselben an den Rändern der Zunge für einen tuberkulösen Ursprung charakteristisch. Entsprechend der Ätiologie ist für die Allgemeinbehandlung Jodkali, lokal Borax- oder Tannin-Glycerin, Hydrarg. cyanatum, Jodoform und öftere Irrigation des Mundes mit verdünnten Lösungen von übermangansaurem Kali zu empfehlen.

Der Einteilung der Zungengeschwüre legt der Verf. die Ätiologie zu Grunde. So finden wir denn als besondere Arten erwähnt die Geschwüre der oberflächlichen Glossitis, die dyspeptischen und katarrhalischen, sowie die aphthösen Geschwüre. Als besonders bedeutungsvolle Gruppen beanspruchen die chronisch traumatischen, die tuberkulösen und syphilitischen Geschwüre unsre Aufmerksamkeit, schon wegen ihres häufigen und verderblichen Überganges in Karcinom und in karcinomatöse Geschwüre.

Aufserdem seien noch die merkuriellen Geschwüre erwähnt, jene seichten Ulcerationen, deren Vorkommen sich selten nur auf die Zunge beschränkt, sondern auch gleichzeitig an Zahnfleisch und Wangen beobachtet wird. Therapeutisch charakterisieren sie sich durch ihr äufserst günstiges Verhalten dem Höllensteinstifte gegenüber. — Das blasse Aussehen, die schlaffen Granulationen, die unterminierten blafsroten Ränder sind Kennzeichen tuberkulöser Geschwüre. Das Vorkommen von Tuberkelbacillen in den abgeschabten Geschwürsmassen will Butlin als charakteristisch nicht gelten lassen.

Hansemanns Beobachtungen sprechen jedoch für den Wert dieses mikroskopischen Befundes, da in seinen Fällen nur durch diesen eine sichere frühzeitige Diagnose zwischen Karcinom und Tuberkulose der Mundschleimhaut gestellt werden konnte. — Die syphilitischen Geschwüre der sekundären Periode entstehen entweder aus Plaques muqueuses oder aus kleinen Kondylomen. Im ersteren Falle sind diese ausgebuchteten, sternförmigen, rissigen Geschwüre noch von einem perlgrauen Rande, den Resten der früheren Plaque, begrenzt. Oft bestehen auch kleinere Exkoriationen, welche den ganzen Zungenrand einnehmen und durch das Reiben der Zunge gegen die Zähne veranlafst werden. Ihr äufserst günstiges Verhalten gegen die lokale Anwendung von Chromsäure verdient als besonders bemerkenswerte

Beobachtung Bur.s hervorgehoben zu werden, da sonst gerade die Hartnäckigkeit der Geschwüre, neben dem Mangel an Entzündungserscheinungen, ein Merkmal für dieselben bildet. In der tertiären Periode der Syphilis werden durch den Zerfall von Gummaknoten ausgedehnte, geschwürige Zerstörungen, wie in der Haut, so auch in der Zunge gebildet. Es sind dies Geschwüre mit ausgezackten, unterminierten und nekrotischen Rändern, die grofse Ähnlichkeit mit den geschwürig zerfallenden Krebsknoten zeigen, und deren Diagnose oft nur aus den sie begleitenden Allgemeinerscheinungen, dem therapeutischen Verhalten und durch die mikroskopische Untersuchung gesichert werden kann.

Flecke, Patches, nennt Butlin die im Niveau der Zunge liegenden Veränderungen. Hierher gehören z. B. die Raucherflecke, jene durch das Rauchen bedingte Veränderung eines Teiles des Zungenepithels und der Wangenschleimhaut, welche weder ulceriert noch exkoriiert, aber deren Vorhandensein stets eine Gefahr zum Übergange in krebsige Neubildung bietet. Ob sich zwischen dieser Affektion und den sogen. Plaques opalines, d. h. weifslich oder bläulich weifsen Flecken der Zungenoberfläche, eine bestimmte Grenze ziehen läfst, mufs dahin gestellt bleiben. Unter Plaques oder Leukoplakia sind diejenigen weifsen Flecke zu verstehen, welche die Ebene der Zungensubstanz überragen, mit Leukom dagegen will der Verf. eine weifse Opazität der ganzen Zungenoberfläche bezeichnet wissen. Die Ausdrücke Psoriasis, Tylosis, Keratosis linguae sind zu streichen; unter Ichthyosis linguae sind ausgedehnte, weifse Areale der Zungenoberfläche zu verstehen, welche durch Hypertrophie und Wucherung der Papillen warzig und hornartig erscheinen. Ist also die ganze Zungenoberfläche ihres normalen Papillenüberzuges beraubt und die Schleimhaut selbst in ein bläulich weifses, opaleszierendes Häutchen verwandelt, oder ist diese weifse verfärbte Stelle durch dicke, gelbe und gezackte Ränder gegen die normale Zungenoberfläche begrenzt, oder handelt es sich um 3—4 cm grofse, undurchsichtige Flecke, welche erhaben sind, und deren dickes, weifses Zentrum gegen die Ränder hin abfällt, oder ist die ganze Zunge, mit Ausnahme einzelner erbsengrofser Stellen, mit einem dicken, weifsen Überzuge versehen, der einer mehrfachen Lage weifser Farbe gleicht: so sind diese Zustände, dem gesagten zufolge, als Leukom der Zunge zu bezeichnen. Kaposi hält bekanntlich diese Zustände für ein ausschliefsliches Symptom, sei es noch bestehender oder vorausgegangener Syphilis. Dagegen leugnen Butlin und Lesser nicht die Bedeutung dieser Krankheit, behaupten aber, dafs dieses Übel auch aufser durch Syphilis noch durch andre, namentlich angeborene oder acquirierte Dispositionen der Zungenoberfläche entstehen könne. Jedenfalls ist der dem Leiden zu Grunde liegende Prozefs, die chronische Hyperämie und Schwellung des Papillarkörpers und die Abstofsung der nun trübe und milchig werdenden Epithelien, fast charakteristisch für eine syphilitische Affektion der Zunge, und aufserdem wird das Vorhandensein von Syphilis bei allen diesen Kranken auch zugestanden. Die dicken, weifsen Auflage-

rungen der Zunge trotzen jedoch fast stets einer Allgemeinbehandlung. Die lokale Anwendung konzentrierter Chromsäurelösung, das Bepinseln mit Papajotin, und nach Angabe Unnas mit Salicylsäure, welcher dieser Autor einen so hervorragenden Einfluſs auf epitheliale Wucherungen mit Recht zuerkennt, verfehlen auch in diesen Fällen nicht ihre heilende Wirkung, die oft in unverhältnismäſsig kurzer Zeit durch eine solche lokale Behandlung erzielt wird.

Die eigentlichen Plaques muqueuses der sekundären Syphilis unterscheiden sich vom Leukom durch ihre grauweiſse Farbe und ihren Sitz an den Zungenrändern. Auch sind dieselben viel weniger hart und trocken, und haben einen viel schnelleren Verlauf; sie sind stets in gröſserer Anzahl vorhanden und von andern Erscheinungen der Syphilis begleitet, z. B. von Geschwüren an der Innenseite der Lippen, der Wangen, des Gaumens, Mandeln etc. Auch hier soll nach Angabe Butlins die lokale Anwendung von dünner Chromsäurelösung (0,7 : 35,0) eine wundervolle Heilkraft entfalten und die Plaques ungeheuer rasch zum Schwinden bringen.

Die Plaques der tertiären Periode der Syphilis sind entweder ein superfizieller oder ein tiefliegender, parenchymatöser Prozeſs. Die oberflächliche Form stellt eine ausgehnte, lamellenförmige Induration dar, die in verschiedener Ausdehnung auftritt, gewöhnlich eine runde oder ovale Gestalt hat und dem Untersuchenden das Gefühl von in der Zunge eingeschlossenen Pergamentscheiben darbietet. Die Oberfläche der indurierten Stelle ist dunkel kirschrot gefärbt, gleichmäſsig glatt und eben. Da diese Plaques die Neigung besitzen, aufzubrechen, so können sich hierdurch Spalten, Risse und Ulcerationen bilden, nach deren Heilung milchweiſse Flecke zurückbleiben.

Die tiefliegende Form dieser sklerosierenden Entzündung kennzeichnet sich durch Schwellung des Zungenrückens, der später atrophisch, warzig und lappig wird und der Oberfläche einer cirrhotischen Leber ähnelt. Ergreift die Entzündung die ganze Zunge, so erscheint sie oft auſserordentlich geschwollen und glatt. Dieser Zustand ist nach Butlins Ansicht unverkennbar, zumal in zweifelhaften Fällen auch noch andre Symptome syphilitischer Erkrankung vorhanden sein würden, und eine Differentialdiagnose, wie Fournier sie gibt, sei zum mindestens nicht notwendig.

Allen diesen Affektionen steht die chronische superfizielle Glossitis histologisch sehr nahe; bei allen nämlich ist eine Atrophie der Epidermis nebst mehr oder weniger bedeutender Entzündung des Koriums vorhanden. Schwellung der Zunge kennzeichnet die chronische Entzündung derselben, so daſs ihr Rücken bedeutend glatter als im normalen Zustande, die Schleimhaut roter und die Papillen verstrichen erscheinen. Auſserdem finden sich Geschwüre und Abschürfungen und zarte bläulich weiſse Flecke, welche alle eine ebenso groſse Neigung zum Übergang in karcinomatöse Neubildung besitzen, wie die Leukome und die Leukoplakia linguae. Die lokale Anwendung von Chromsäure oder Boraxhonig bildet die Therapie.

Wir haben noch die Beschreibung der Landkartenzunge nachzutragen, jener mit diesem Namen bezeichneten, wandernden, kreisförmigen, runden und ineinandergreifenden roten Flecke des Zungenrückens, die so oft die kindliche Zunge zu befallen pflegen. Verdauungsstörungen und Zahnreiz bilden wohl die häufigste Ursache des Übels. Weniger sicher dürfte man einen parasitären Ursprung (Oidium albicaus) oder einen Zusammenhang des Übels mit acquirierter oder kongenitaler Syphilis annehmen dürfen.

Verschiedene Hautausschläge können ebenfalls in Gestalt roter oder weifslicher Flecke, die dem Leukom ähnlich sehen, an der Zunge auftreten, z. B. Lichen ruber, Pityriasis rubra. Ebenso können bei Lepra kleine Knoten in der Zunge beobachtet werden, namentlich bei ausgedehnterem Allgemeinleiden.

Die oberflächlichen und tiefliegenden Knoten und Knötchen in der Zunge gehören der tertiären Syphilis an. Die ersteren liegen im Zungenrücken, sind stecknadelkopf- bis erbsengrofs und gegen das umgebende Gewebe scharf abgegrenzt, unbeweglich und reizlos, die letzteren liegen tief in der Muskelsubstanz der Zunge, kommen bei Männern häufiger vor als bei Frauen, werden aber als Zeichen hereditärer Syphilis sogar bei Kindern beobachtet. Beim Betasten der Zunge fühlen sie sich wie in der Tiefe liegende Fremdkörper an, sind meist zu mehreren vorhanden und neigen zur Ulceration. Die Diagnose andern Tumoren gegenüber kann bei Abwesenheit andrer syphilitischer Allgemeinerscheinungen oft nur aus dem Erfolge einer spezifischen Therapie, oder chronischen Abscessen gegenüber nur durch eine Probepunktion gestellt werden.

Um nicht zu weitläufig zu werden, unterlassen wir die nähere Besprechung der Kapitel über Atrophien und Cysten der Zunge und Makroglossie. Nur die Ansicht des Verf. über die Entstehung der Ranula sei in kurzem erwähnt. Diese Cyste verdankt ihre Entstehung der cystoiden Entartung der etwas seitlich von der Mittellinie an der unteren Zungenfläche gelagerten Blandin-Nuhnschen Drüse. Daneben sind jedoch in manchen Fällen kongenitale Cysten auf ein kongenitales Hygrom oder auch auf cystoide Entartung des Martonschen Ganges zurückzuführen. Dieser wird ja auch oft durch Konkretionen animalischer und erdiger Stoffe, den sogenannten Speichelsteinen, verschlossen, welche längliche, bleistiftartige Massen bilden und im Ausführungsgange der Submaxillardrüse Entzündung erregen, welche erst mit der sorgfältigen und gänzlichen Entfernung des Steines zu schwinden pflegt.

Die gutartigen Geschwülste, die an der Zunge vorkommen, sind das Lipom, das Fibrom in Form von Zungenpolypen, das Chondrom und Osteom, das Papillom und Adenom. Aufserdem sind die Gefäfstumoren der Zunge zu nennen, welche entweder als einfache Naevi oder auch als grofse venöse, kavernöse Tumoren oder als Aneurysma cirsoideum auftreten. Durch diese wird die Zunge aus der Mundhöhle gedrängt, ulceriert durch ihre stete Berührung mit den Zähnen, wodurch oftmals Blutung entsteht und der

Patient an den Rand des Grabes gebracht wird. Ref. hat durch Injektionen verdünnter Lösung von Eisenchlorid in eine solche grofse Geschwulst die Zunge annähernd wieder auf ihr normales Volumen zurückgeführt. Die durch den Einstich auftretende Blutung wurde durch eine unter den Stich geschobene Karlsbader Nadel und einen um diese geschlungenen Seidenfaden stets sicher gestillt.

Die bösartigen Geschwülste der Zunge bestehen, wenn wir von einem sehr seltenen Falle von Sarkom absehen, nur aus Epitheliom, welche Krebsgattung am häufigsten die Zungenspitze und die Zungenränder ergreift. Als prädisponierende Ursachen sind das Alter und die erst im Alter auftretenden Schädlichkeiten zu betrachten, z. B. das Rauchen, der Genufs geistiger Getränke, gewürzter Speisen die Verletzungen durch kariöse Zähne und Gebisse, und endlich die Zungensyphilis. Letztere kann insoweit als ein prädisponierendes Moment für Karcinom angeschuldigt werden, als aus den hinterlassenen Narben der Geschwüre und Gumma mit Vorliebe ein Epitheliom hervorzugehen pflegt. In derselben Weise können auch Raucherflecke, Leukome, chronische Entzündungszustände der ganzen Zunge, Risse und Geschwüre, Papillome und Knötchen, sowie endlich die Anwendung scharfer Ätzmittel, namentlich des Höllensteinstiftes, Veranlassung zur Krebsbildung werden.

Der entscheidende Augenblick, in welchem die genannten Zustände sich in eine krebsige Neubildung umwandeln, läfst sich jedoch klinisch ebensowenig wie histologisch feststellen. Das Vorkommen von Zellnestern oder Epidermiskugeln ist nicht in allen Fällen entscheidend, obgleich das Auffinden dieser Gebilde den meisten Fällen den Stempel einer karcinomatösen Erkrankung aufdrückt. Das Fehlen derselben wird jedoch den Arzt nie veranlassen dürfen, den günstigen Zeitpunkt zur Operation, nämlich die Zeit vor Infiltration der Drüsen, durch nutzlose Kuren mit Jodkali zu versäumen. Die frühzeitige Exstirpation auch zweifelhafter Affektionen beweist sich als heilbringendes Verfahren und ist allein im stande, die Zahl der tödlichen Fälle an Zungenkarcinom zu vermindern.

Die Excision kleiner Papillome, Leukome etc., wird jeder Arzt in der Lage sein mit Leichtigkeit auszuführen, während Operationen hochgradig krebsig zerstörter Zungen, verbunden mit Exstirpation der infiltrierten Drüsen, Entfernung der etwa ergriffenen Teile der Mundhöhle, oft in Verbindung mit Ligatur der Art. lingualis, mit zu den gefährlichsten chirurgischen Eingriffen gehören.

Zum Schlusse seien noch kurz die interessanten Kapitel über die parasitären Zungenaffektionen und die nervösen Erkrankungen der Zunge erwähnt. Bemerkenswert ist die Untersuchung des Verf. über den Belag der kranken und gesunden Zunge, welcher wesentlich aus einer mehr oder weniger starken Wucherung von Mikroorganismen (des Bac. subtilis) besteht. Dieser Pilz ist in dem Zungenbelage in so vorherrschender Anzahl vorhanden, dafs daneben das Vorkommen von abgestofsenen Epithelien und Speiseresten

nur unwesentlich und zufällig erscheint. Überhaupt scheint das Symptom der belegten Zunge, das dem Arzte so oft als Anhaltspunkt für vorhandene dyspeptische Störungen und andre Krankheiten des Verdauungstraktus dient, einer neuen eingehenden Kontrolle zu bedürfen. Drei Fälle von Aktinomykosis der Zunge bilden den Schluſs dieses Abschnittes.

Zu den nervösen Störungen der Zunge gehört Spasmus und Krampf des Hypoglossus, wodurch ein unwillkürliches Hervorstoſsen der Zunge allen Bemühungen des Patienten zum Trotze veranlaſst wird, ferner Artikulationsstörung der Zunge und endlich doppelte oder einseitige Paralyse der Zunge, deren Ursache im zentralen oder peripheren Nervengebiete zu suchen ist.

Empfindungsstörungen und Neuralgien der Zunge, sowie Störungen des Geschmacksinnes seien als seltene Vorkommnisse noch eben erwähnt.

Jedem, der auf nähere Einzelheiten einzugehen wünscht, sei die Lektüre der so fleiſsigen und interessanten Arbeit Butlins angelegentlichst empfohlen.

Aachen. Beissel.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Beiträge zur Lehre von der Perichondritis laryngea mit besonderer Berücksichtigung der syphilitischen, von Dr. G. Lewin. Im XII. Jahrgang der *Charité-Annalen* beschreibt L. einen Krankheitsfall, in welchem die linke Platte des Ringknorpels exfoliiert und derart unter die Stimmbänder dislociert war, daſs er einen Tumor vortäuschte, der für einen Gummiknoten gehalten wurde. Der 33jährige Patient wurde am 8. November 1886 in die Charité aufgenommen; Infektion 1883, Oktober. Ulcus durum und Adenitis inguinalis. Therapie: 12 subkutane Sublimatinjektionen. Recidiv 1884: Ulcera faciei et femoris sin. Therapie: 6wöchentliche Inunktionskur. Recidiv 1885: Ulcera pectoris et faucium. Therapie: 5wöchentliche Inunktionskur. Stat. praes.: Kachektisch aussehendes Individuum. Hochgradige Dyspnöe mit lautem zischendem Stridor und heiserem Husten. Der Stridor tritt stark bei der In-, bei der Exspiration nur hauchend hervor. In kurzen Intervallen steigert sich die Atemnot, so daſs der Kranke den Oberkörper vorneigt, die Augen glotzend hervortreten, das Gesicht den Ausdruck groſser Angst und Beklemmung annimmt und der Kranke nur unter Beihilfe aller accessorischen Muskelgruppen und tiefer Einziehung des Präkordiums mit langgezogenem, lautem Stridor spärlich Luft schöpft. Die Exspiration ist kurz und freier. Das Gesicht nimmt dabei eine beinahe cyanotische Färbung an. Die Pupillen reagieren sehr träge. Die Haut bedeckt sich mit Schweiſs. Die Sprache des Kranken ist etwas heiser und wird durch kurze Hustenanfälle

unterbrochen, welche schleimige, lufthaltige Sputa herausbefördern. Die Untersuchung ergab folgendes: Am Halse treten die Konturen des namentlich an der linken Seite angeschwollenen Kehlkopfes scharf gezeichnet hervor. Die Gegend des Schild- und Ringknorpels ist auf Druck sehr schmerzhaft. Um den ganzen Penis zieht sich ein $1^1/_2$—2 mm breites Geschwür, welches ziemlich oberflächlich, meist im Sulcus retroglandularis verläuft, aber auch auf die Umgebung zackig übergreift. Die Ränder sind flach, gelblich-rötlich und nicht unterminiert, der Geschwürsgrund ist mit spärlichem, zähem, fettigem Sekret bedeckt, die Konsistenz der Basis ist mittelhart. Der Charakter des Geschwürs ist der des zerfallenen gummösen Gewebes. Das Gleiche gilt von einem über ein Thalerstück grofsen, ebenfalls oberflächlichen Substanzverluste in der linken Inguinalgegend, nur sind hier die Ränder mehr nekrotisch und unterminiert. Die Basis ist ebenfalls mit fettigem Detritus bedeckt. Aus der Ulceration einer Inguinaldrüse ist das Geschwür nicht hervorgegangen. Die beiden Substanzverluste sollen nach Angabe des Kranken seit mehreren Monaten bestehen und wenig an Umfang zugenommen haben. Am linken Hoden deutet eine härtere Konsistenz auf beginnende Orchitis hin. Die Inguinal- und Cervikaldrüsen sind wenig geschwollen und keineswegs so hart, als man bei konstitutioneller Lues im allgemeinen zu finden pflegt. Submaxillar-Cubital- und Axillardrüsen zeigen keine Abnormität. Im Gesichte und an verschiedenen Teilen des Körpers, so an der Brust, auf dem Rücken und am linken Oberschenkel befinden sich oberflächliche Narben als Residuen früherer Geschwüre. Die Untersuchung der Lungen ergab an der vorderen Thoraxwand einen etwas tympanitischen Schall neben schwachen, vesikulärem Atmen und spärlichem Rasseln. Herz, Milz und Leber intakt. Urin quantitativ und qualitativ normal. Im Pharynx zeigt sich eine Anzahl weifser, strahliger Narben, namentlich am rechten Arcus palatoglossus, linken Arc. palatopharyngeus, am Pal. molle und zu beiden Seiten der Uvula. Der glatte Zungengrund deutet auf Atrophie der Zungenpapillen hin. Die laryngoskopische Untersuchung ergab: Die Epiglottis von normaler Konfiguration zeigt in ihrer Mitte einzelne kleine Sugillationen. Beide Ligamenta aryepiglottica, namentlich das rechte, sind geschwollen, dunkelrot. Die Taschenbänder mifsfarbig-rot, intumesziert, wölben sich nach der obern Kehlkopfapertur hervor und bedecken die Stimmbänder derart, dafs nur ein Teil derselben zu übersehen ist; namentlich ist die Wölbung des rechten Taschenbandes so stark, dafs sie sich beinahe halbkugelig gestaltet. Gegen die Deutung dieser Schwellung als eigentlichen Tumors spricht die mehr diffuse Form und die nicht harte Konsistenz. Die Annahme eines Abscesses entbehrt des Nachweises einer Fluktuation und eines intensiv gelblichen Farbentones. Die Stimmbänder von schmutzig grau-gelber Farbe sind von den geschwollenen Taschenbändern bedeckt und stehen beinahe in Juxtaposition. Die Glottis ist nur 2—$2^1/_2$ mm breit offen, das untere Ende des rechten Stimmbandes ist etwas nach innen eingezogen. Die Maculae flavae an den Spitzen

der Proc. vocal. sind nicht sichtbar. Bei der Inspiration treten die Bänder etwas näher aneinander, schliefsen bei der Exspiration und vibrieren bei der Intonation. Nach 5—6 maligen In- und Exspirationen schliefsen sich die Bänder ventrikelartig, namentlich beim Inspirium derartig, dafs sich die Dyspnöe auffallend steigert. Ebenso unbeweglich verharren auch die Giefsbecken- und Santorinischen Knorpel. Der Schleimhautüberzug der letzteren, sowie der Wrisbergschen ist etwas gewulstet. Der untere Teil des Larynx ist etwas nach rechts verschoben. Beide Sinus pyriformes erscheinen etwas verkleinert. Ein Blick in die Tiefe des Larynx und in die Trachea war nicht ausführbar. Die Diagnose schwankte zwischen einem subchordalen Abscefs und Perichondritis. Das Allgemeinbefinden des Patienten war schlecht, namentlich klagte er über grofse Schwäche, konnte nur mit Mühe einige Schritte gehen; Treppensteigen war nur unter Beihilfe, der Schlaf nur in halbsitzender Stellung möglich und wurde oft von dyspnöetischen Anfällen unterbrochen. Appetit gering, Zunge belegt, Durst vermehrt. Neigung zu Diarrhöen. Die Therapie bestand in forcierter subkutaner Sublimat-Injektionskur, es wurde 2 mal täglich 0,012 Sublimat in je 2 g Wasser in die Clunes injiciert. Die Geschwüre am Penis und in der Regio inguinalis wurden mit Jodoform behandelt. Bei dieser Behandlung hatte die Dyspnöe schon am dritten Tage bedeutend abgenommen, der Stridor trat nur bei forcierten Bewegungen in geringem Mafse auf, der Husten hatte sich sehr gemäfsigt. Das Allgemeinbefinden besser, auch der Schlaf war ruhiger und konnte der Kranke dabei eine viel horizontalere Lage als früher einnehmen. Nachdem der Kranke im ganzen 0,4 g Sublimat injiziert erhalten, mufste die Kur wegen einer intensiven Stomatitis unterbrochen werden, und er bekam Jodkali, welches er gut vertrug, und wobei die Besserung fortschritt. Plötzlich, 1 Monat nach der Aufnahme, verschlimmerte sich das Befinden; die Atemnot hatte sich gesteigert, der Husten vermehrt, Kräfte, Appetit und Schlaf hatten abgenommen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dafs die Röte und Schwellung vermindert war, auch die Glottisspalte hatte sich erweitert, dagegen ragte jetzt eine halbkugelige, blafsrötliche, mit zähem Schleim bedeckte Geschwulst unter dem linken Stimmbande in das Lumen des Larynx hinein. Der Tumor machte den Eindruck einer Gummigeschwulst. Da inzwischen die Salivation bedeutend zurückgegangen war, so wurde wieder Sublimat 0,012 pro die injiziert. Dieses Mal blieb der Erfolg aus, es stellten sich nach wenigen Tagen Diarrhöen mit blutig gefärbten Stühlen ein und bald darauf der Tod. Die Sektion ergab aufser der Adenitis inguinalis, cubitalis et axillaris, dafs der Eingang des Larynx sowie die Ligg. aryepiglottica ödematös geschwollen und vollständig geschlossen waren. Unter den Stimmbändern zeigt sich ein grofses frisches Geschwür, der Ringknorpel ist verknöchert und vollständig in einen perichondritischen Abscefs eingehüllt. Die linke Hälfte des Ringknorpels ist sequestriert, ausgestofsen und liegt in einer eiterig-schleimigen Masse eingehüllt dicht unter der Rima Glottidis. An diesen

Fall schliefst L. eine Abhandlung über die Ätiologie der Perichondritis an und weist nach, dafs mechanische, thermische, chemische Agenzien ebenso gut dieselbe zur Folge haben können, wie auch die infektiösen, so namentlich Tuberkulose, Variola, Typhus, Rotz, Sepsis, Lupus, Lepra, Karcinom etc. und vor allem Syphilis.

Exitus lethalis infolge mifsbräuchlich gehandhabter Schmierkur, von Dr. O. Braus in Aachen. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 27. 1887. Es kommt nicht selten vor, dafs während einer Inunktionskur die Patienten plötzlich erkranken und schieben diese Erkrankung auf eine Erkältung. Sie haben dabei ein blasses, bleifarbiges Aussehen, einen kranken Gesichtsausdruck, das Auge ist matt, die Haut an den Händen mit kaltem, kleberigem Schweifs bedeckt, die Zunge belegt, der Durst grofs, Frost und Hitze wechseln miteinander. Die Hauptklage ist Druck und Völle im Magen, Verstopfung mit Stuhldrang oder starke Diarrhöe mit quälendem Tenesmus, ziehende und reifsende Schmerzen im Leibe und Schmerzhaftigkeit des Leibes selbst. Manche haben dabei Brechneigung, andre geben an, mehrfach Erbrechen gehabt zu haben, andre erbrechen, sobald sie etwas zu sich nehmen. Bei den meisten ist schon Tage vorher ein Unwohlsein vorhanden gewesen, andre bekommen die Erscheinungen aber auch ganz plötzlich in der Nacht, während sie den Abend vorher noch ihre Portion mit Appetit gegessen haben. Dabei ist in der Regel grofses Krankheitsgefühl vorhanden, die Leute frieren und sind matt und abgeschlagen. Die Temperatur ist (38—39 ° C.) erhöht und der Puls vermehrt. Das quälendste bei allen Kranken ist der Leibschmerz und vor allen Dingen der Tenesmus, ob nun Diarrhöe vorausgegangen ist oder nicht. Die Merkurialerscheinungen im Munde stehen dabei durchaus nicht im Verhältnis zu dem Krankheitsbilde, und sie können, während dieses sehr stürmisch ist, ganz unbedeutend sein. Die Ausleerungen der Kranken sind anfangs dünn, später erfolgt ein glasiger Schleim, teils mit Blut untermischt. Die Patienten sind appetitlos und haben Abneigung gegen jede Speise. Je nach der Widerstandsfähigkeit liegen sie zu Bett oder bleiben ambulant. Der gesamte Symptomenkomplex ist der der Merkurialvergiftung, und das hervorstechende Symptom die Darmerkrankung. Offenbar handelt es sich in diesen Fällen um eine kumulierte Wirkung der Einreibung, und dagegen ist nach B.s Erfahrung das beste Mittel das Dampfbad, sofern keine Kontraindikation vorhanden ist. Gegen die Darmerscheinungen Opium. Ist wirkliche Verstopfung vorhanden, und die Leute klagen nur über Schmerz und Druck im Leibe und Drang zum Stuhl, dann Ol. ricin. und nachher Opium. Selbstverständlich wird jeder Rest Salbe abgewaschen und die Einreibung inhibiert. Gegen das Erbrechen Eispillen und übrigens warme Umschläge auf den Leib resp. warmes Bad mit nachfolgender Einpackung zum Schwitzen. Diese Krankheitserscheinungen hat B. bei Patienten auftreten gesehen, welche 4—5—6 g Ung. Mercurial. pro die einreiben, doch hat er nie einen unglücklichen Ausgang beobachtet, sowie die Einreibungen bei beginnenden Leibschmerzen ausgesetzt wurden.

In 2 Fällen, die der Verf. näher beschreibt, erfolgte der Exitus lethalis, weil ohne sein Wissen hohe Dosen Ung. Mercur. auf eigne Faust von den Patienten eingerieben wurden. Bei den Inunktionskuren wird man demnach dem Auftreten der Darmerscheinungen die gröfste Wachsamkeit entgegensetzen.

Im XII. Jahrgang der *Charité-Annalen* bringt Stabsarzt Dr. GROENINGER aus der Klinik für Geburtshilfe auch eine Statistik der Syphilitischen und sagt dabei, dafs die **Bedeutung der Syphilis für Schwangerschaft und Geburt** eine verhältnismäfsig grofse sei bei dem Material der Anstalt. Bei den 1385 Geburten handelte es sich 94 mal um konstatierte Syphilis. Es kommt also auf 14,7 Geburten ein Fall von Syphilis, sei es der Mutter oder der Frucht oder beider zugleich, und zwar fand sich:

1. Syphilis der Mutter allein in 28 Fällen
2. „ „ Frucht „ „ 31 „
3. „ bei Mutter und Frucht „ 35 „

Die betreffenden Fälle sind dann in tabellarischer Anordnung zusammengestellt, wobei sich zeigt, dafs bei der Syphilis der Mutter allein in 11 Fällen die Syphilis vor der Konzeption bestand, während sie in 17 Fällen während der Gravidität auftrat. Gesunde Mütter brachten in 25 Fällen macerierte Früchte mit Osteochondritis syphilitica zur Welt, 4 Kinder sind an Syphilis congenita gestorben und 2 lebten fort. In den Fällen, wo Mutter und Frucht syphilitisch waren, und wobei macerierte Früchte mit Osteochondritis syphilitica zur Welt kamen, bestand in 11 Fällen Syphilis vor der Konzeption, in 16 Fällen trat die Syphilis während der Gravidität auf; 5 Kinder sind an Syphilis congenita gestorben und 3 blieben lebend mit Syphilis congenita.

Herpes digitalis, von Dr. A. BLASCHKO in Berlin (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 27. 1887.) Bei einem 30jährigen Patienten spielt sich seit 2 Jahren ein bläschenartiger Ausschlag typisch in folgender Weise ab: Wenige Tage vor dem eigentlichen Ausbruch des Exanthems machten sich leichte neuralgische Schmerzen bemerkbar, welche vage im rechten Arm, auf dem rechten Handrücken und im rechten Zeigefinger lokalisiert sind. Dieselben gehen jedoch bald vorüber — es vergehen etwa 3—4 Tage, und nun zeigen sich plötzlich — im Laufe weniger Stunden entstanden — 1 bis 2 oder mehr bei der Berührung leicht schmerzhafte hügelige Prominenzen an der Volarfläche des rechten Zeigefingers, zumeist am Radialrande derselben. Im Laufe der nächsten 2 Tage nehmen diese Prominenzen allmählich an Gröfse zu und beginnen lebhaft zu jucken; zu ihnen gesellen sich gewöhnlich noch eine Reihe neuer Eruptionen von gleicher Beschaffenheit, welche entweder in einer Linie nebeneinander aufgereiht oder häufiger zu kleinen Gruppen angeordnet stehen. Die Umgebung dieser, allmählich bis zur Gröfse einer halben Erbse anwachsenden Hervorragungen ist leicht gerötet, in der Mitte einer jeden bemerkt man nunmehr 1 oder 2 anscheinend stecknadel-

kopfgrofse, unter den Riffen und Furchen der Oberhaut durchschimmernde Blasen. Es besteht leichtes Brennen und lebhafter, mit der Zeit sich steigernder Juckreiz. Die dicke Epidermis, deren Stratum corneum intakt über den Blaseninhalt hinwegzieht, gibt dem Druck der Flüssigkeit nicht nach, eine spontane Involution der Bläschen findet nur selten statt, vielmehr stellt sich, werden dieselben nicht bald eröffnet, binnen kurzem eine, manchmal recht schmerzhafte Lymphangitis des vom Radialrand des Zeigefingers dorsalwärts über die Sehne des Extensor digiti indicis hinwegziehenden Lymphstranges und eine unbedeutende, leicht schmerzhafte Schwellung der rechten Achseldrüse ein, so dafs schliefslich doch die Eröffnung der Blasen notwendig wird. Hierbei ergiefst sich eine klare, erst bei sehr langem Bestande der Blasen leicht getrübte Flüssigkeit. In den nächsten 14 Tagen schält sich dann die Oberhaut in gröfserem oder geringerem Umfange mehrfach ab und zeigt dann aufser einer leichten fleckigen Rötung keine Spur mehr von der stattgehabten Erkrankung. In gleicher Weise spielt sich nun seit ca. 2 Jahren in wechselnden Pausen derselbe Prozefs an demselben Finger cyklisch ab; die Abweichungen zwischen den einzelnen Erkrankungen betreffen 1. die Anzahl der Bläschen, welche in einzelnen Fällen nur zwei, meist 5—8, einmal sogar 14 betrug; 2. die Dauer des Anfalles, welche von der Menge der Bläschen abhängt; 3. den Sitz der Bläschen; am häufigsten sitzen sie an der Endphalange, in der letzten Zeit auch mehrfach an der Mittelphalange und dem ersten Fingergliede. Sie sitzen entweder mitten auf der Volarfläche des Zeigefingers oder an dem Radialrande, stets aber noch innerhalb der gerifften Hautpartie. Die Pausen zwischen den einzelnen Erkrankungen waren anfangs länger und betrugen 3—4 Monate, seit Dezember 1886 traten die Anfälle in 6—8 wöchentlichen Pausen auf. Das Serum der Bläschen war frei von Mikroorganismen; meist blieben die beschickten Kulturgläser steril; 2 mal bildeten sich Gelatinestichkulturen, die sich als Diplococcus erwiesen, doch waren Impfungen damit ohne Erfolg. B. hält das Leiden für einen Herpes digitalis und glaubt, dafs es trophoneurotischer Natur sei.

Zur Sondentherapie der Harnröhre, von Dr. Sperling (Berlin). (*Therapeut. Monatsh.* No. 7. 1887.) Bei den sexuellen Neurasthenien machte sich dem Verf. der Mangel einer praktischen Methode des Bougierens fühlbar, bei welcher die unerläfslichen Forderungen der Adstringierung und der mechanischen Kompression durch das Bougie zugleich erfüllt sind, deshalb empfiehlt er Sonde oder Bougie in der mutmafslichen Länge der Urethra mit einer dünnen, möglichst gleichmäfsigen Schicht einer Salbe zu bestreichen, welche aus Lanolin (20,0), ein wenig Cera alba (4,0) und dem gewünschten Adstringens (meist Arg. nitr. 1—1½ %) zusammengesetzt ist. Diese zähe Schmiersalbe, welche auf das Bougie gebracht fest an diesem haftet, bietet aber immerhin eine so rauhe Fläche dar, dafs die Einführung in die Urethra in dieser Form unmöglich ist. Deshalb glättet man die rauhe Aufsenseite, indem man sie oberflächlich, aber doch nivellierend, mit Mandelöl bestreicht,

wobei man beobachtet, dafs sich am Orificium externum nur Mandelölteilchen abstreifen, dagegen der wirkungsvolle Lanolin-Salbenüberzug in toto in die Harnröhre Eingang findet.

Berichtigung: In dem Referat: Zur Pathologie des Lichen ruber von Köbner in No. 13. S. 618 dieser Zeitschrift, mufs es in bezug auf die Wirkung der Unnaschen Salbe heifsen, dafs K. neben häufig gesehenen Mifserfolgen auch einige wenige gute Wirkungen beobachtet hat.

Berlin. L. Hoffmann.

Österreich.

Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1887. Heft 3.

Boer. **Zur Biologie des Favus.** An Reinkulturen, die aus Favus der Mäuse gezüchtet waren, beobachtete Boer folgenden zwiefachen Fruktifikationsvorgang:

Einmal bildeten sich endständig und seitlich an einem Mycelfaden runde Knöpfe; nach und nach wurde der mit diesen Knöpfen versehene Faden selbst immer heller und durchsichtiger, bis schliefslich die Sporen vollkommen frei lagen, während der Mycelfaden sich ganz und gar aufgelöst hatte.

Die andre Art der Fruktifikation bestand darin, dafs sich an den Hauptmycelfäden und deren Verästelungen gleichfalls endständig keulenförmige Auftreibungen bildeten, an denen sich nach einiger Zeit quere Fächerungen wahrnehmen liefsen. Die Zahl derselben belief sich auf zwei bis vier. Der weitere Befruchtungsprozefs (an vierfächeriger Spore beobachtet) bestand darin, dafs aus dem 2. und 4. Fach je ein runder Körper heraustrat, und dafs die zu diesen Körperchen gehörenden Fächer hellglänzend und aufgebläht erschienen, sich also wahrscheinlich mit Luft gefüllt hatten. Demnach unterschieden sie sich wesentlich von den beiden andern granulierten dunklen Fächern, die die Sporen noch beherbergten.

Dieser Vorgang wurde von Boer direkt unter dem Mikroskop beobachtet an Plattenkulturen, die über Schwefelsäure getrocknet und mit einer zweiten Glasplatte bedeckt wurden.

Campana. **Nochmals die Übertragung der Lepra auf Tiere.** C. zerstiefs Leprome in sterilisiertem Mörser zu Brei und injizierte denselben mit Kochsalzwasser verdünnt in die Bauchfellhöhle und in das subkutane Gewebe von Meerschweinchen. Nach 24 Stunden wurde bei den Versuchstieren durch Ligatur der Extremitäten artifizielles Ödem hervorgerufen und die Ödemflüssigkeit nach Ehrlich gefärbt und mikroskopisch untersucht. Als Resultat dieser Untersuchungen fand C. immer teils vereinzelte freiliegende Bacillen und Sporen, teils Trümmer von Protoplasma mit anhaftenden Bacillen, teils Konglomerate, aus mehreren bestehend. Eine zweite

Versuchsreihe bestand darin, daſs C. Schnitte eines Leproms nach Ehrlich färbte, dieselben dann wie oben angegeben zu einer Emulsion anrührte und hierauf dieselben Meerschweinchen injizierte. Nun wurde wiederum auf die oben angegebene Weise Ödem erzeugt und die Ödemflüssigkeit untersucht. Diese Saftpräparate wiesen ungefärbt kleine rosafarbene Körnchen auf. Behandelt man diese Präparate nach Koch-Ehrlich, so konnte man die Bacillen und Sporen deutlich erkennen, doch standen die in den Präparaten gefundenen Bacillen durchaus nicht im numerischen Verhältnis zu den injizierten. In angefertigten Gewebsschnitten fanden sich die Bacillen in den Lymphräumen und auf den Endothelialzellen, sowie auch vereinzelt an den peripheren Teilen von Leukocyten und „im Inneren von Endothelialzellen in einer Sektion von Bindegewebe."

Schluſsfolgerung: Nicht die klinische Beobachtung ist der Hauptpunkt bei der Übertragbarkeit der Lepra auf Tiere (s. die Versuche von Melcher und Ortmann), da Lepra mit Tuberkulose verwechselt werden könne, sondern „die Demonstration des Leprabacillus mit den Merkmalen, welche ihn vom Bacillus der Tuberkulose unterscheidbar machen", nämlich leichtere Färbbarkeit (binnen wenigen Minuten), gegenüber der des Tuberkulosebacillus in 24 Stunden oder in erwärmter Anilinfarbflotte.

[Referent muſs zum Schluſs noch auf einige irrige Punkte des Verfassers hinweisen bezüglich der Färbung nach Unna. Campana sagt nämlich: „Unnas Idee (sc. daſs die Leprabacillen nicht im Zellprotaplasma, sondern in den Lymphräumen liegen) wurde, wie man begreift, dadurch erzeugt, daſs er lepröse Stücke beobachtet hat, deren Zellen wegen des langwierigen Prozesses teilweise verändert waren, sowie daſs von ihm hauptsächlich die Methode der Entfärbung mit Säuren angewendet wurde, durch welche das Zellprotoplasma verändert wird, und endlich weil Stücke untersucht worden sind, die durch die lange Härtung alteriert waren."

Unna hat nun seine Ansicht nicht auf Untersuchungen hin aufgestellt, die er allein an altem Material vorgenommen, sondern hauptsächlich an akuten Lepromen, die während der Behandlung aufgetreten waren. Zweitens hat gerade Unna eine Methode angegeben, welche ohne Anwendung von Säuren zu demselben Resultate führt (während Campana selbst sich allerdings der Säuren bedient, denn er hat nach Koch-Ehrlich oder Lustgarten gefärbt und entfärbt), nämlich in der viel schonenderen Anwendung des Jodes (Jodkalium und Wasserstoffsuperoxyd), und drittens ist meines Wissens an Stücken, die längere Zeit in Alkohol gelegen, eine wesentliche „Alteration" noch nicht beobachtet worden. Diese irrige Ansicht Campanas von der Unnaschen Färbemethode findet sich in allen Arbeiten dieses Autors, wo er von dieser Methode spricht, es muſste deshalb einmal die Sprache darauf gebracht werden.]

Planner. **Ein Fall von Naevus congenitus mit excessiver Geschwulstbildung.** In der ziemlich umfangreichen Abhandlung beschreibt

uns Pl. eine bei einem halbjährigen Mädchen beobachtete Geschwulst, die vorn vom rechten Hüftbeinkamm, dem ligam. Poupartii der linken Leistenfurche, hinten von der rechten Gefäfsfurche entspringend, den rechten Oberschenkel vollständig einnimmt und nach unten zu mit einer unregelmäfsig gestalteten Linie im oberen Drittel des Unterschenkels ihr Ende erreicht. Durch eine Einkerbung zerfällt diese kolossale Geschwulst in zwei Abteilungen, nämlich in einen Oberschenkelanteil und in einen Schamlippen-Gesäfsanteil. Der letztere ist teils mit feinen Grübchen, aus deren Tiefe sich feine blonde Härchen erheben, besetzt, teils aber ist er vollkommen glatt gegenüber der Oberschenkelpartie, welche grobknollig und mit derben Lappen versehen ist, zwischen denen sich wieder tiefere und seichtere Färbungen finden. Durch die hypertrophische rechtseitige Gesäfspartie ist der Anus nur schwer zugänglich.

Die Farbe dieser Geschwulst ist im ganzen eine schwärzlich violette, nur die einzelnen gestielten Lappen sind hellbraun, ihre Konsistenz ist teils weich, teils prall elastisch. Aufser diesem grofsen pigmentierten Naevus finden sich noch zahlreiche kleinere, namentlich an den beiden unteren und der linken oberen Extremität, während am Rumpfe nur wenige kleinere vorhanden sind. Diese letzteren lassen eine Niveaudifferenz mit der normalen Haut nicht erkennen, nur die gröfseren erheben sich allmählich um 1—2 mm über das normale Integument und sind stellenweise mit dunklen Haaren besetzt. Auch an der dritten linken Zehe findet sich ein derartiger Naevus. Beim Einschneiden der Geschwulst kann man einen der Oberfläche enganliegenden Pigmentsaum schon makroskopisch wahrnehmen, die Cutis verhält sich in den kleineren Flecken und am Rande der grofsen Geschwulst makroskopisch normal, während sie nach dem Zentrum zu in den gröfseren Naevi im Dickendurchmesser bedeutend zunimmt (stellenweise sogar bis zu 4 mm) und an den Stellen, wo die enorme Geschwulstbildung vor sich gegangen, nämlich zwischen den Schenkeln, in ein zunächst engmaschiges, faseriges Gewebe übergeht; dieses Maschennetz wird nach der Mitte der Geschwulst zu immer grobfaseriger und weitmaschiger und artet im Zentrum selbst zu richtigen miteinander kommunizierenden Hohlräumen aus.

Als noch besonders interessant sind drei bei der Sektion entdeckte, streng umschriebene, gräulich durchschimmernde Herde im Gehirn zu erwähnen, nämlich je einer in dem nach hinten ausgehenden Gyrus der hinteren Zentralwindung, im Gyrus der obersten Scheitelwindung und am vorderen Gyrus des Lobus quadratus dexter. Diese Flecke lassen beim Einschneiden in der Tiefe der Corticalis eine äufserst zarte schwärzliche Pigmentierung erkennen. Die Corticalis des Operculums ist streifig dunkel pigmentiert, auch finden sich noch reichliche Pigmentierungen in der Rindensubstanz des rechten Hinterlappens. Histologisch fanden sich folgende Abnormitäten.

Im Zentrum der Flecke findet sich gewöhnlich eine starke Pigmentation, die nach dem Rande zu abnimmt, das Pigment ist abgelagert in den

Retezellen in Form feinster brauner Körnchen. Die Papillen zeigen auf dem Querschnitt einen braunen Pigmentsaum; bei besonders feinen Längsschnitten lassen sich auch noch feine Pigmentstrafsen in den intercellulären Epithelräumen der untersten Schichten wahrnehmen, die durch Anastomosen ein äufserst zierliches Maschenwerk bilden.

Als Unregelmäfsigkeiten in der Pigmentverteilung sind ferner hervorzuheben, dafs einzelne interpapilläre Zapfen so stark pigmentiert sind, dafs ein Erkennen der einzelnen Retezellen zur Unmöglichkeit wird, dafs sich weiter einzelne Pigmentflecke innerhalb des Epithels finden, und dafs auch die Hornschicht deren einzelne scharf umschriebene besitzt.

Was die Cutis betrifft, so sind auch hier die Pigmentationen das Auffallendste; analog dem Vorgang in der Epidermis nehmen sie auch hier vom Rande nach dem Zentrum der Flecke zu; das Pigment besteht auch hier in feinen innerhalb der Zellen liegenden Körnchen. Diese Pigmentzellen finden sich nur im papillären und subpapillären Gewebe und meistens im Verlauf der Blutgefäfse, so dafs die letzteren auf dem Querschnitt von einem Pigmentring umgeben, auf dem Längsschnitt an jeder Seite von einem Pigmentsaum eingefafst sind.

Die Blutgefäfse selbst erfahren insofern eine Veränderung, als die Kerne in der Adventitia der gröfseren Gefäfse deutlich vermehrt, die Kerne der Intima jedoch nur verdickt sind und in das Gefäfsrohr stark prominieren, so dafs dasselbe wohl eine Verengerung, jedoch nie eine vollkommene Obliteration erleidet. Stellenweise ist das Gefäfslumen mit feinsten Körnchen, die bald kleinere, bald gröfsere Thromben bilden, angefüllt.

Die grofse Geschwulst hat noch ihre besonderen Eigentümlichkeiten. Daselbst fehlen auch gröfsere Strecken die interpapillären Epithelzapfen vollkommen, und wo sie wirklich noch vorhanden sind, sind sie ganz kurz oder nur angedeutet, oder plumb, verdickt oder auch verschmächtigt. Manchmal ist die Epidermis abgehoben, so dafs zur Oberfläche parallele Risse im Epithel entstanden sind. Die Pigmentation der grofsen Geschwulst besteht in kleinen scharf umschriebenen Pigmentanhäufungen oder in Pigmenthaufen, die inmitten mächtiger Hohlräume gelegen sind.

Zum Schlufs sind noch eigentümliche mächtige Hohlräume von ovaler Gestalt in den unteren Reteschichten zu nennen, die entweder vollkommen leer, und nur manchmal mit krümeligen Massen angefüllt sind, oder was meistens der Fall ist, die obengenannten Pigmentanhäufungen enthalten.

Hamburg. P. Taenzer.

Italien.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1887. Fasc. 3—6.

Ein Fall von konstitutioneller Syphilis mit Hautausbrüchen auf einer Hälfte des Körpers, von Dr. Theobald Falcone. Sklerose in

der Präpatialfurche rechts. Entwickelung einer Drüsengeschwulst an derselben Stelle. Später Roseola über die ganze rechte Seite des Körpers mit vereinzelten Pusteln und mit einer gröfseren Anzahl von Papeln. Psoriasis palmaris rechts, plantaris beiderseits. Die Schleimhäute sind intakt, ebenso wie die ganze linke Körperhälfte.

Heilung des akuten Trippers ohne Komplikation. Gebrauch des Jodoforms. (Vom selben Verfasser.) Obschon der Verf. überzeugt ist, dafs der Tripper eine spezifische Krankheit ist, verursacht durch den von NEISSER entdeckten Gonococcus, ist derselbe noch nicht überzeugt, dafs die Behandlung antimikrobisch sein mufs. Es ist eine cyklische Krankheit, welche Ruhe und Milchdiät allein schon kurieren können, was in der Praxis sehr schwer durchzuführen ist. Seine lokale Behandlung des Trippers besteht in medikamentösen Bougies, 10 cm lang und 10 bis 60 Zentigr. Jodoform enthaltend. Nach des Verfassers Ansicht reichen 2- bis 4malige Anwendung derselben zur Heilung hin.

Syphilitisches Geschwür im innern Winkel des rechten Auges, durch ein Binokel angesteckt. (Vom selben Verf.) Dieses Geschwür soll durch das Glas oder das Gestell, welches mit einem unreinen Taschentuche abgewischt war, verursacht worden sein.

Eine langwierige Inkubation des syphilitischen Virus. (Vom selben Verf.) Der Verf. veröffentlicht die Beobachtungen über einen Kranken, welcher am 20. Juli 1886 in Berührung mit einer Frau gewesen war; derselbe zeigte am andren Tage die ersten Symptome eines Ileotyphus, welcher 4 Wochen anhielt. Am 24. September macht sich ein Geschwür auf der rechten Seite des Frenulums bemerkbar. Nachher zeigte sich eine Roseola, bald gef gt von den gewöhnlichen sekundären Symptomen, Der Kranke, ein aufrichtiger Mann, behauptete, dafs er seit dem 21. Juli durchaus keine andern Verbindungen gehabt hätte.

Über Erbsyphilis, von Prof. D. BARDUZZI. Diese Frage, so spricht sich der Verf. aus, hat eine aufserordentliche Wichtigkeit aus doppeltem Gesichtspunkte. Nach ihm ist diese Krankheit nicht im ehemaligen Sinne des Ausdrucks erblich. Wenn ein Kind syphilitisch geboren wird, hat es von seinen Eltern (einerlei ob von einer oder von beiden Seiten) nicht eine funktionelle Störung oder eine organische krankhafte Anlage geerbt, sondern eine wirkliche ansteckende Krankheit. Dies wäre also eine erbliche Infektion, die nur auf die erste Generation im Augenblicke der Empfängnis durch den erkrankten Vater oder die erkrankte Mutter übertragen werden kann, oder auch durch die Placenta in einer mehr oder minder fortgeschrittenen Schwangerschaft. Im Gegensatz zu KASSOWITZ gibt der Verf. die Möglichkeit der Übertragung der Syphilis durch den Placentarkreislauf zu. Zur Bestätigung seiner Meinung veröffentlicht er die zwei folgenden Beobachtungen: 1. Eine junge Frau, seit 3 Jahren verheiratet, die schon 3 voll-

kommen gesunde Söhne hatte, war wieder seit 5 Monaten schwanger, als sie von ihrem Gatten syphilitisch angesteckt wurde und auf der rechten Unterlippe ein spezifisches Geschwür bekam. Das Kind, welches alle Anzeichen der Syphilis hatte, starb nach 25 Tagen. Ein Jahr später hatte die Mutter eine Fehlgeburt im 4. Monat, und das folgende Jahr ebenso, ungeachtet einer regelmäfsigen Behandlung.

2. Ein Familienvater mit 5 gesunden Kindern holte sich in Paris ein spezifisches Geschwür am rechten Mundwinkel und teilte seiner im 6. Monat schwangeren Frau diese Krankheit mit. Das Kind, bei der Geburt sehr zart, zeigte nach 40 Tagen untrügliche Zeichen von Syphilis am Munde, an der Nase und am After.

Auf die Frage, welcher Anteil jedem einzelnen der Eltern zukommt, glaubt der Verf., dafs der gröfste der Mutter zufällt. Endlich glaubt derselbe, aus seinen persönlichen Beobachtungen schliefsen zu können, dafs ein Kind, von einem syphilitischen Vater gezeugt, oft gesund und frisch geboren wird, wenn die Mutter unangesteckt geblieben war; aber letztere kann auf dem Wege durch die Placenta infiziert worden sein.

Über die Beziehung der Syphilis zur Tabes dorsalis, von Dr. Carmelo Andronico aus Messina. Ungeachtet der Meinung von Fournier denkt Verf., dafs man den Einflufs der Syphilis auf die Entwickelung der Tabes dorsalis überschätzt habe. Jedesmal, wenn man diese zwei Krankheiten an einem Individuum angetroffen hat, sollte da nicht die Syphilis, anstatt einen spezifischen Prozefs in dem Mark hervorzurufen, eine Schwäche in der Wirksamkeit der nervösen Elemente bewirkt haben, wie es durch jede andre Ursache geschehen kann? Der Verf. stützt sich, um seine Meinung zu beweisen, auf mikroskopisch nicht wahrnehmbare Veränderungen und klinische Gründe. Mit Blackwich, Wittacker und Camphausen glaubt er, dafs der Rheumatismus ein wichtiger ätiologischer Faktor dieser Krankheit sein kann. Derselbe beobachtete 14 Fälle in einer Frauenverbesserungsanstalt: 10 Frauen von 30 bis 42 Jahren, 4 von 50 bis 60. Eine einzige davon war Freudenmädchen gewesen und hatte mehrmals (?) Schanker gehabt; die andern, vom Lande, waren niemals angesteckt gewesen. Der gröfseren Sicherheit wegen hatte der Verf. sie selbst genau untersucht. Ihre Beschäftigungen brachten es mit sich, dafs sie lange Zeit im Wasser arbeiten mufsten, und sie litten infolge dessen alle sehr an Rheumatismus. Überdies bemerkt der Verf., dafs er niemals Tabes dorsalis bei den Freudenmädchen angetroffen habe und dafs andre darüber befragte Ärzte nur einige einzelne Fälle beobachtet hätten.

Endlich zum Schlufs stützt er sich noch auf die Abwesenheit spezifischer Zeichen bei den mikroskopischen Untersuchungen der beschädigten Stellen.

Brüssel. Dubois-Havenith.

60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet:

Bericht der Kommission (Proff. Doutrelepont, Köbner [als Obmann], Lewin, Neisser, Neumann und Pick) zur Vorbereitung einer Sammelforschung über Syphilis. —

Behrend (Berlin): Über Areahaare und über die Aplasia pilorum moniliformis.

Blaschko (Berlin): Über das Molluscum contagiosum.

Bockhart (Wiesbaden): 1. Über die Pathologie und Therapie der chronischen Urethritis lacunaris.

2. Über Schankerexcision.

Boer (Berlin): Thema vorbehalten.

Caspary (Königsberg): Zur Anatomie des Lichen ruber mit Demonstrationen.

Chotzen (Breslau): Gewebeveränderungen bei subkutanen Kalomelinjektionen.

Doutrelepont (Bonn): 1. Lupus und Hauttuberkulose.

2. Syphilis und Karcinom.

Epstein (Breslau): 1. Über Merkurexantheme.

2. Über Urethritis acuta anterior et posterior.

Finger (Wien): 1. Über Pathologie und Therapie der akuten und chronischen Urethritis. Als Einleitung zu einer Diskussion über dieses Thema.

2. Demonstration des neuen Leiterschen Elektroendoskops.

3. Demonstration mikroskopischer Präparate.

Harttung (Breslau): Über Syphilisbehandlung mit Ol. ciner. benzoic.

Kopp (München): Über Lues maligna.

E. Lesser (Leipzig): 1. Über Arzneiexantheme. Als Einleitung zu einer Diskussion über dieses Thema.

2. Vier neue Fälle von Ringelhaaren.

G. Lewin (Berlin): 1. Thema vorbehalten.

2. Demonstration mikroskopischer Präparate.

Lewinski (Berlin): Thema vorbehalten.

Lustgarten (Wien): 1. Über die Mikroorganismen der normalen Harnröhre und des normalen Harnes nebst Beobachtungen bei akutem Morbus Brightii.

2. Über Syphilisbehandlung mittels subkutaner Injektionen von Hydrargyrum tannicum oxydulatum.

Neisser (Breslau): 1. Zur Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhöe.

2. Über Syphilis hereditaria tarda.

Neumann (Wien): Thema vorbehalten.

Nöggerath (Wiesbaden): Über latente und chronische Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht.

Oberländer (Dresden): 1. Über papilläre Entzündung der Harnröhrenschleimhaut.

2. Einige Veränderungen an der Vaginalschleimhaut bei mit chronischer Gonorrhöe behafteten Prostituierten.

3. Über Behandlung der chronischen Gonorrhöe mit Galvanokaustik und Intraurethrotomie.

Ortmann (Königsberg): Zur Pathologie des Aussatzes.

Pick (Prag): 1. Über Radikalbehandlung der primären Syphilissymptome.

2. Über Akne.

Rosenthal (Berlin): Thema vorbehalten.

Schütz (Frankfurt a. M.): Demonstration eines neuen elektrischen Apparates zu medizinischen Beleuchtungszwecken, insbesondere zur Erhellung des endoskopischen Sehfeldes.

Touton (Wiesbaden): 1. Ein Fall von diffuser, der Sklerodermie ähnlicher Hauterkrankung nach einem Trauma.

2. Demonstration mikroskopischer Präparate.

Wolff (Straſsburg): Thema vorbehalten.

Zuelzer (Berlin): Über die Anwendung der Ichthyolpräparate bei gewissen Formen von Erkrankung der Harnblase.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Elliot. *A Contribution to the Histology and Pathologie of Herpetiform Hydroa.* (New York Medical Journal. 1887. April 23.)

Nathusius. *Die Kalkkörperchen der Eischalen-Überzüge und ihre Beziehungen zu den Hartingschen Calcosphäriten.* (Zoologischer Anzeiger. 1887. No. 252 und 253.)

Winternitz. *Ein Fall von Lupuskarcinom.* (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1886.)

— *Über den Einfluſs des Erysipels auf Lupus.* (Prager medizinische Wochenschrift. 1887. No. 10.)

Róna. *Sykosis parasitaria haz dukban.* (Orvosi Hetilap. 1887.)

Lindt. *Mittheilungen über einige neue pathogene Schimmelpilze.* (Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie. XXI. Bd.)

Rosenstirn. *Die Brasdorsche Operation bei Aneurysmen des Arcus Aortae und der Anonyma.* (v. Langenbecks Archiv. Bd. 34. Heft 1.)

Eulenburg. *Realencyclopädie der gesammten Heilkunde.* Heft 81—90. Wien. Urban & Schwarzenberg. 1887.

Schuchardt. *Beiträge zur Entstehung der Carcinome.* Leipzig 1885. Breitkopf & Härtel.

Franke. *Die Galvanokaustik in der Augenheilkunde.* (Deutsche mediz. Wochenschrift. 1887.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 18. 15. September 1887.

Zur Ätiologie des Scharlachs.

Von

Dr. H. Falkenheim,

Privatdozent in Königsberg i. P.

Die vielfachen Bestrebungen, sichere Kenntnisse über das Kontagium des Scharlachs zu gewinnen, waren bisher so wenig erfolgreich gewesen, dafs sich noch unlängst Flügge[1] kurz resumieren konnte: „Mikrokokkenfunde ohne Bedeutung." Neuerdings sind nun von England Arbeiten erschienen, welche den Anspruch erheben, unser Wissen über die Ätiologie des Scharlachs durch die Auffindung des denselben verursachenden Mikroorganismus gefördert zu haben.

Zunächst berichtet Klein[2] über einen Mikrococcus Scarlatinae.

Schon wiederholt ist von englischer Seite darauf hingewiesen worden, dafs bei Scharlachepidemien gelegentlich der Bezug der Milch aus derselben Quelle das einzige den ersten zerstreuten Fällen gemeinsame Moment sei, und man hat neben solchen Epidemien, in welchen die Milch aus einer Scharlachlokalität kam, und das Kontagium durch die Milch oder ihre Überbringer verschleppt sein konnte, auch solche beobachtet, in welchen ein primärer Scharlachherd nicht nachweisbar war und die Möglichkeit vorlag, dafs eine Erkrankung der Kühe, von denen die Milch stammte, die Ursache des Scharlachs sei.

---

[1] Flügge. *Die Mikroorganismen.* 2. Aufl. Leipzig. 1886. pag. 160.

[2] Klein. The Etiology of Scarlet Fever. *Proceedings of the Royal Society.* Vol. 42. pag. 158. Der Micrococcus Scarlatinae. Feuilleton der *Deutschen med. Wochenschr.* 1887. No. 25.

Bei der Ende 1885 und Anfang 1886 zu Hendon in London auftretenden Epidemie, welche KLEIN zu seinen Untersuchungen diente, fand POWER nur die Milch einzelner Kühe einer bestimmten Meierei verdächtig. Es erwiesen sich nun diese Kühe als krank. Sie hatten Geschwüre an Euter und Zitzen, die Haut war da und dort wund, mit Schorfen bedeckt, das Haar fiel stellenweise aus, die inneren Organe (Lunge, Leber, Milz, Nieren) zeigten Veränderungen wie in „acute cases of human scarlatina."

Durch Überimpfung des Geschwürssekrets in die Haut von Kälbern erzeugte KLEIN hier eine ähnliche lokale Erkrankung. Bei subkutaner Einbringung des aus dem Eiter rein gezüchteten Mikrokokkus, der sich durch sein Wachstum auf Gelatine, Agar-Agar, Blutserum, Bouillon, Milch als „very peculiar and different" von den bisher untersuchten Mikrokokken zeigte, resultierten Haut- und Organläsionen von einer „very close resemblance both to the disease that was observed in the Hendon cows as well as to human scarlatina." Bei Kulturversuchen mit Blut von Scharlachkranken erhielt dann KLEIN in vier[3] von elf schweren Fällen in einer kleinen Zahl der mit Blut infizierten und bei höherer Temperatur aufbewahrten Gelatinegläschen nach einigen Tagen je eine bis zwei Kolonien eines Mikrokokkus, der sich durch sein Verhalten zu den verschiedenen Nährmedien als identisch mit dem im Eiter der Milchkühe gefundenen erwies. Bei Infektion von Kälbern und Mäusen durch Impfung oder Fütterung gaben beide dasselbe Resultat und konnten aus dem Herzblute der Tiere wieder gezüchtet werden. Die Kälber erkrankten wie die Milchkühe von Hendon, die Mäuse starben zum grofsen Teile zwischen dem 7. und 20. Tage, und die Sektion ergab Kongestion der Lungen (ev. Infiltrate), der Leber, Milztumor, starke Blutüberfüllung und diffuse Erkrankung der Rindensubstanz der Nieren.

KLEIN hält damit den Beweis für die Identität der Erkrankung der Hendonkühe und des menschlichen Scharlachs, sowie für die pathogene Bedeutung des von ihm gefundenen Mikrococcus Scarlatinae für erbracht. Das spärliche Ergebnis seiner Kulturversuche mit Blut erklärt er durch das Vorhandensein einer nur geringen Anzahl von Keimen in demselben.

KLEIN hat übrigens auch aus einem Milchpräparat (Rose Brand), dessen Genufs angeblich Scharlach zur Folge gehabt, denselben Mikrokokkus kultivieren können, und als dann bei einer anfangs dieses Jahres in Wimbledon ausgebrochenen Scharlachepidemie wieder die Milch einer bestimmten Meierei als Ursache angeschuldigt war und ein zahmer Affe, der viel von der Milch getrunken hatte, am 5. Tage an

---

[3] 3 Fälle mit hohem Fieber zwischen dem 3.—6. Krankheitstage, ein Todesfall am 6. Tage.

„Scharlach“ starb, fand sich auch in seinem Blute der Mikrococcus Scarlatinae. (Identitätsnachweis durch Kultur und Impfung.)

Die andre Arbeit ist von JAMIESON und EDINGTON.[4]

J. hat sich mit der Prophylaxe des Scharlachs beschäftigt. Ausgehend von der Annahme, dafs in der ersten Zeit der Erkrankung die Weiterverbreitung durch die Exhalation, in späterer durch die Schuppen vermittelt würde, liefs J. den Rachen mit einer starken Lösung von Borsäure in Glycerin pinseln, den ganzen Körper von Beginn der Erkrankung bis zum Aufhören der Abschuppung, also ca. 4 Wochen, zur Desinfektion der Schuppen und zur Verhütung ihrer Verstäubung morgens und abends mit einer Karbol-Thymolsalbe[5] einreiben und täglich zur Beseitigung der Schuppen ein warmes Bad geben. J. glaubt auf diese Weise die Weiterverbreitung der Erkrankung in Familien ohne Isolierung verhüten zu können. Dafs die Schuppen unschädlich gemacht werden, lehrten Kontrollexperimente. In 5 von 7 daraufhin untersuchten Scharlachfällen trat nach Überimpfung der Schuppen auf Gelatine gar keine, in 2 eine geringe und sehr verzögerte Entwickelung von Kolonien ein.

Den bakteriologischen Teil hat EDINGTON bearbeitet. E. untersuchte das Blut und die Hautschuppen, ersteres unter Kautelen, die eine Verunreinigung mit fremden Keimen ausgeschlossen erscheinen lassen, was von dem bei der Gewinnung der Hautschuppen geübten Verfahren nicht gilt.

Die mikroskopische Untersuchung der Hautschuppen geschah nach vorgängiger Entfettung durch Äther und Kalilauge, nach Färbung mit Anilinfarben im luftverdünnten Raum (zur Entfernung der Luftbläschen). Es wurden nur Mikrokokken und kleinste gefärbte Punkte gefunden, keine Bakterien. Die Untersuchung des Serums von Blasen, die auf Scharlachhaut durch Blasenpflaster hervorgerufen waren, ergab ein gleiches Resultat.

Bei den Kulturversuchen wurde eine grofse Anzahl von Organismen erhalten, aus dem Blute in 30 % der Fälle ein Diplokokkus[6], in sämtlichen frischen Fällen während der ersten drei Fiebertage ein Bacillus Scarlatinae[7],

---

[4] JAMIESON and EDINGTON. Observations on a method of prophylaxis and an investigation into the nature of the contagium of Scarlet fever. *Brit med. Journ.* 1887. pag. 1262. *Deutsche med. Wochenschrift.* 1887. No. 29. Feuilleton.

[5] Acid. carbol. g 30, Thymol g 10, Vaseline ʒj, Ungt. simpl. ʒj.

[6] Diplococcus Scarlatinae sanguinis: 1,0—1,2 μ grofse Kokken, häufig besonders in flüssigen Medien gepaart (Dumb-bells). *Gelatineplatten:* Schnell wachsende, rahmartige Kolonien. *Stichkulturen:* Im Stichkanal dichtgedrängt kleine Kolonien, Oberflächenwuchs um denselben unregelmäfsig gehäuft, rahmartig, weifs, durchscheinend.

[7] Bacillus Scarlatinae: Bewegliche Stäbchen (1,2 μ—1,4 μ : 0,4 μ), lange Leptothrixfäden bildend. *Gelatineplatten:* Kleine Kolonien. Verflüssigung. *Bouillon:* In der Wärme schnell Bildung eines pergamentähnlichen festen, beim Schütteln an der Oberfläche flottierenden, aus verfilzten Fäden bestehenden Häutchens, das sich später sehr grob runzelt. *Stichkulturen:* Gelatine schnell verflüssigt, erfüllt mit beweglichen Stäbchen, erst später Häutchenbildung.

und einmal in einem innerhalb 24 Stunden tödlich verlaufendem Falle mit ihm zusammen ein Ascobacillus[8], aus den Schuppen neben Sarcina lutea (in 15 % der Fälle), einem Streptococcus rubiginosus[9], einem Mikrocccus capsaformans[10], einem Bacillus fulvus[11], Bacillus arborescens[12] wiederum der Diplococcus Scarlatinae sanguinis und, jedoch erst nach der dritten Woche, dann aber regelmäfsig, der Bacillus Scarlatinae. Lediglich letzterer hatte pathogene Eigenschaften. Bei Kaninchen trat nach der Inokulation ein besonders an der Infektionsstelle sehr lebhaftes Erythem (bei älteren deutlicher als bei jüngeren ausgesprochen) auf, welchem nach 3—5 Tagen eine eine Woche bis 10 Tage dauernde feine Abschuppung folgte. Die Temperatur war erhöht, bei jüngeren Tieren weniger, bei älteren mehr (103° bis

[8] Ascobacillus: Kleine Stäbchen (ausgewachsen 0,8 μ : 0,2 μ), oft gepaart. Sporen in wurstförmigen, die Bacillen vielhundert mal an Gröfse übertreffenden Kapseln. *Gelatineplatten:* In wenigen Tagen kanariengelbe Kolonien von $^1/_8$—$^1/_4$ Zoll Durchmesser, alsdann beginnende Verflüssigung der Gelatine. *Stichkulturen:* In der Tiefe dicht gedrängt kleine Kolonien, Oberflächenwuchs unregelmäfsig buchtige Begrenzung, kanariengelbe Farbe. Nach einigen Tagen Verflüssigung der Gelatine.

[9] Streptococcus rubiginosus: 4 μ grofse Kokken, oft zu kurzen Ketten oder zu Tetraden geordnet, auf *Gelatineplatten* in 2—3 Tagen zu kleinen, in der Tiefe der Gelatine gelben, an der Oberfläche schneeweifsen Kolonien auswachsend. *Stichkulturen* (alkalische Gelatine) geringes Oberflächenwachstum (schneeweifs). Im Stichkanal kleine aneinander gedrängte kugelige Kolonien, anfänglich gelb, sich schnell bräunend und nach mehreren Wochen rostfarben. In 20 % gefunden.

[10] Mikrococcus capsaformans: Sphärisch oder, oval 1,0—1,2 μ grofs häufig zu 2 vereint (Dumb-bells), sehr oft von einer Kapsel (Färbung mit alkalischer Methylenblaulösung) umgeben. Gelegentlich leere und dann gewöhnlich nierenförmig gestaltete Kapseln, nach E., der einmal einen Kokkus halb aufserhalb seiner Kapsel liegen sah und an Endogenese denkt, durch Austritt des Kokkus an der Stelle des späteren Hilus bedingt. Ev. Teilung der Kokken, jedoch ohne gleichzeitige Beteiligung der Kapsel. *Gelatineplatten:* Schnell wachsende, weifse, feucht aussehende Kolonien. *Stichkulturen:* Wachstum in der Tiefe spärlich (gelbliche Kolonien), an der Oberfläche üppig, münzenförmig, mit konzentrischen Ringen. In 40 % der Fälle.

[11] Bacillus fulvus: Etwas ovale Stäbchen (1,0—1,5 μ : 0,2 μ), auf *Bouillon* schnell ein rahmfarbiges, sich schnell runzelndes dünnes Häutchen bildend, welches sich leicht von der Gefäfswand loslöst und zu Boden sinkt. Alsdann Bildung neuer Häutchen bis Nährlösung erschöpft. *Stichkulturen*: In der Tiefe kleine, der Oberfläche näher gröfsere Kolonien. Oberflächenwuchs langsam, goldbraun, halb durchscheinend.

[12] Bacillus aborescens: Unbewegliche Stäbchen (4,5 μ 12,0 μ : 0,8 μ) auf Gelatine und in flüssigen Medien Leptothrixfäden bildend. Auf *Platten* ist sein Netzwerk nur bei durchfallendem Lichte sichtbar (Milchglas ähnlich) und deshalb leicht zu übersehen. *Stichkulturen:* In 1—2 Tagen wachsen vom Stichkanal nach allen Richtungen sich verzweigende feine Fäden (als ob Watte durch die Gelatine verteilt wäre), keine Verflüssigung. Oberfläche sieht in 24 Stunden wie mit feinsten Wollfädchen bestreut aus. Gewöhnlich mit dem Streptococcus rubiginosus zusammen gefunden. Inokulation bei Schweinen und Kaninchen negativ, bei Meerschweinchen lokales, die Infektionsstelle nicht überschreitendes, nicht von Abschuppung gefolgtes Erythem.

104° ja 106° F.), sie kauerten sich die beiden ersten Tage in eine Ecke des Käfigs, nahmen keine Nahrung. Keins starb. Meerschweinchen verhielten sich ebenso, nur war die Abschuppung stärker, die Schuppen waren dicker, auch fiel das Haar leicht aus. Von 2 Kälbern starb das eine in 24 Stunden, nachdem 6 Stunden nach der Impfung die Temperatur von 99,5° bis 103° F. gestiegen. Die Autopsie ergab grofsen Blutreichtum der inneren Organe, trübe Schwellung, kleine Hämorrhagien in Peri-, Myo-, Endokard, frisches Exsudat in der linken Pleura, hintere zwei Dritteile der Zunge, angrenzende Partien des Pharynx und Larynx stark kongestioniert, im Gewebe wenig Bacillen, im Blute kleine gefärbte Punkte. Beim zweiten Kalbe entwickelte sich zweitägiges Fieber mit leichter Diarrhöe, Prostratio virium, Halsentzündung nebst weitverbreiteter intensiver Hautrötung. Am sechsten Tage begann Abschilferung der Haut an Brust und Innenseite der Vorderbeine. Scharlachblut am dritten Tage einem Meerschweinchen injiziert, wirkte wie Impfung mit den Bacillen. Das Blut enthielt, wie das Kulturverfahren ergab, den Bacillus Scarlatinae und den nicht pathogenen Diplococcus Scarlatinae sanguinis.

In einem Leitartikel, welchen das *Brit. med. Journ.*[13] über beide Arbeiten bringt, wird mit Recht betont, dafs in anbetracht der sich völlig widersprechenden Resultate fernere Untersuchungen abgewartet werden müfsten. Zugleich werden einige bemerkenswerte Einwände erhoben. Es wird darauf hingewiesen, dafs bei KLEIN Kontrollexperimente fehlen, ob Scharlachblut die Krankheit bei den Kühen ebenso erzeuge wie der gezüchtete Mikrokokkus und wie Impfungen mit dem ihm sehr ähnlichen Streptococcus pyogenes und erysipelatis wirkten. Es wird an die Möglichkeit von Mischinfektion, die LÖFFLERschen[14] Mikrokokkenbefunde bei Scharlachdiphtherie erinnert und der Mitteilung CAMERONS[15] Erwähnung gethan, dafs bei einem Patienten, der sich beim Melken der kranken Kühe am Zeigefinger mit Geschwürssekret infizierte, nicht Scharlach folgte, sondern nach 2—4 Tagen unter Allgemeinerscheinungen an Finger und Handrücken Blasenbildung und eine bis zum Ellenbogen reichende Entzündung auftrat. Zugleich wird be-

---

[13] *Brit. med. Journ.* 1887. 11. Juni. pag. 1286: The contagium of Scarlet fever.

[14] LÖFFLER. Untersuchungen über die Bedeutung der Mikroorganismen für die Entstehung der Diphtherie beim Menschen, bei der Taube und beim Kalbe. *Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt.* Bd. II. 1884. pag. 439.

[15] *Transactions of the Epidemiological Society.* Vol. V. New series. 1886.

richtet, dafs das Agricultural Department of the Privy Council Office, welches auf Veranlassung der Royal Agricultural Society of England durch die Professoren AXE und BROWN Untersuchungen hat anstellen lassen, die Richtigkeit der Schlufsfolgerungen von POWER und KLEIN in Zweifel zieht.

In der That sind die KLEINschen Schlüsse nicht genügend gestützt. Wenn AXE ganz besonders darauf Gewicht legt, dafs die KLEINschen Kühe gleichzeitig mit vier andern Herden durch Kühe von Derbyshire infiziert worden seien und nur sie, nicht auch jene vier zu Scharlachepidemien Veranlassung gegeben hätten, so ist dieser Einwand nicht stichhaltig, weil die Identität der KLEINschen Kühe und jener, die mit denen von Derbyshire in Berührung gekommen, nicht hinreichend sicher erwiesen ist. Die Thatsache, dafs anfänglich nur Konsumenten der Milch der KLEINschen Kühe erkrankten, ist an und für sich, selbst wenn man annimmt, dafs sie auf richtiger Beobachtung beruht, in anbetracht der leichten Verschleppbarkeit und Tenazität des Scharlachkontagiums keineswegs eindeutig und im KLEINschen Sinne völlig beweisend. Dafs KLEIN den Kokkus der Kuhkrankheit aus dem Eiter der frei zutage liegenden, allen möglichen Verunreinigungen ausgesetzten Geschwüren kultivierte, gibt zu Bedenken Anlafs. In wie weit dieser Kokkus von den bisher bekannten ganz verschieden, wie KLEIN meint, und in wie weit seine und des Scarlatinakokkus Eigenschaften charakteristisch, die Symptome der spontanen und artifiziellen Kuhkrankheit prägnant genug, um eine Identifizierung zu gestatten, mufs wegen der geringen Ausführlichkeit der vorliegenden Mitteilungen dahin gestellt bleiben. Die Erkrankung der Kühe[16] wird auch durch die von LAURE[17] gegebene Beschreibung nach dem Urteile so bedeutender Fachmänner wie JOHNE und ELLENBEGER nicht in ihrer Besonderheit genügend gekennzeichnet. Es ist daran zu erinnern, dafs auf dem Gebiete

[16] Die ausführliche Mitteilung darüber, wie über den gefundenen Kokkus, ist nach KLEIN (l. c. pag. 159) in den nicht zugänglich gewesenen *Reports of the Medical Officer of the Local Government Board* pro 1885/86 veröffentlicht.

[17] LAURE. Über den Ursprung des Scharlachfiebers von seiten des Rindes. *Lyon médical.* Juni. 1886. — Ref. v. JOHNE: *Fortschritte der Medicin.* 1887. No. 1. pag. 31. — Ref. v. ELLENBERGER: *Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinär-Medicin.* 1886. pag. 81.

der Tierpathologie zur Zeit noch vielfach die Krankheitsbilder nicht hinreichend scharf gezeichnet sind, um nicht auf Grund äufserlicher Ähnlichkeiten eine Identifizierung verschiedenartiger Prozesse zuzulassen. Dieses geschieht nicht nur im Rahmen der Tierpathologie allein, sondern erst recht bei der Vergleichung von Vorgängen aus dem Gebiete dieser und der Pathologie des Menschen, und in um so höheren Mafse, je weniger sorgfältig noch die beiderseits festgestellten Thatsachen berücksichtigt werden. So führt PETERS[18] in einer litterarischen Übersicht über das Vorkommen des Scharlachs beim Pferde augenscheinlich verschiedenartige Krankheitsfälle auf, denen Petechien der Nasenschleimhaut und Rachenentzündung gemeinsam. Über das Vorkommen einer wirklichen Scharlacherkrankung bei Tieren ist bisher nichts Zuverlässiges bekannt geworden, obwohl Mitteilungen[19] über Erkrankung von Haustieren bei Scharlachepidemien vorliegen, obwohl verschiedentlich Versuche gemacht worden sind, durch Inokulation von Scharlachblut, von Hautschuppen den Scharlach auf Tiere zu übertragen. STICKLER[20] suchte die nach der Durchseuchung auftretende Immunität für den Identitätsbeweis zu verwerten, indem er eine Reihe von Personen zunächst mit dem Nasenschleim eines „scharlach"-kranken Pferdes impfte und ihnen dann nach Ablauf der lokalen Entzündungserscheinungen subkutan etwas Blut eines an „Scarlatina anginosa" leidenden Menschen injizierte, übrigens ohne dafs Scharlach folgte. Es wäre immerhin möglich, dafs sich die Wirkung des Scharlachkontagiums bei Tieren wegen der abweichenden Verhältnisse nicht genau ebenso wie beim Menschen äufserte, dann aber müfsten um so zwingendere Beweise für die Identität der Erkrankung mit Scharlach beigebracht werden. Die von KLEIN angezogene Übereinstimmung des Sektionsbefundes der inneren Organe ist nicht beweiskräftig. Wenn auch zugegeben werden mufs, dafs der Befund bei Schar-

[18] PETERS. Scarlet fever in horses. *American Journal of comp. med.* Vol. V. pag. 1 and 134; cit. n. *Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Thier-Medicin.* 1884. pag. 62.

[19] Vergl. u. a. THOMAS. Scharlach, in *v. Ziemssens Handb. der spec. Pathologie und Therapie.* 2. Aufl. Bd. II. 2. pag. 169, 174.

[20] STICKLER. Abstract of the investigations thus far made in the use of equine scarlatinae virus. *American Journ. of comp. med.* Vol. V. pag. 145; cit. n. *Jahresb. für Thier-Medicin.* 1884. pag. 62.

lach gelegentlich durch das Vorhandensein von Nephritis, Diphtheritis etwas Charakteristisches gewinnen kann, so hat er dieses doch im allgemeinen nicht. Der Umstand, dafs KLEIN bei den Kulturversuchen mit Scharlachblut den angeblich mit dem Kokkus der Kuhkrankheit identischen Mikrococcus Scarlatinae nur in 4 von 11 Fällen und nur in wenigen Exemplaren erhielt, ist auch nicht geeignet, als wesentliche Stütze der KLEINschen Ansicht zu dienen, und so dürfte denn der Beweis der ätiologischen Zusammengehörigkeit des Scharlachs und der Erkrankung der Kühe als noch ausstehend anzusehen sein.

Was nun die Arbeit von JAMIESON und EDINGTON betrifft, so ist das von J. geübte Verfahren zweifellos ganz zweckmäfsig, weil es die Ansteckungsgefahr vermindert. Beseitigt wird dieselbe trotz der angeführten Fälle sicherlich nicht, und die von allen Seiten bisher als notwendig betonte Isolierung der Patienten bleibt Erfordernis. Der starke Karbolgehalt der Salbe ist nicht ohne Bedenken, und J. selbst ist wegen auftretender Resorption gezwungen gewesen, den Gehalt der Salbe von 6% auf 3% zu erniedrigen, doch auch dieser dürfte noch zu stark sein. Das Verfahren von J. ist übrigens nicht neu. Schon DAEHN[21] empfahl 1810 Öleinreibungen, SCHNEEMANN[22] rühmt als Vorzug seiner Speckeinreibungen, dafs sie durch Verhütung der Abschilferung der Haut die Ansteckungsgefahr verringerten, und BUDD[23] liefs zu gleichem Zwecke vom vierten Tage an den ganzen Körper zweimal täglich mit mit Kampfer versetztem Olivenöl einreiben, jeden andren Tag ein Bad geben und den Patienten darin mit desinfizierender Seife abwaschen.

Bezüglich des bakteriologischen Teils bemängelt das *Brit. med. Journ.*, dafs der Bacillus Scarlatinae nicht genügend charakterisiert worden sei, dafs der Nachweis fehle, dafs er nur bei Scharlach vorkomme, nicht ein gewöhnlicher Saprophyt sei, und macht auf den Widerspruch aufmerksam, dafs, trotzdem der Ba-

---

[21] DAEHNE. *Einige Beiträge zur Ätiologie und Kur des Scharlachs.* Leipzig 1810. *Canst. Jahresber.* 1851. IV. pag. 145.

[22] SCHNEEMANN. *Die sichere Heilung der Scharlachkrankheit.* Leipzig 1848. pag. 26.

[23] BUDD. Scarlet fever and its prevention. *Brit. med. Journ.* Jan. 9. 1869. *Virchow-Hirsch Jahresbericht.* 1869. II. pag. 244.

cillus anscheinend so leicht rein zu kultivieren sei und schnell wachse, frühere Untersuchungen von kompetenten Forschern mehr minder negative Resultate gegeben hätten. Während sich dieses aus den eigentümlichen zeitlichen Verhältnissen seines Auftretens, aus dem Umstande erklären liefse, dafs er nach EDINGTON nur während der ersten 3 Tage aus dem Blute und dann erst nach der dritten Woche aus den Schuppen zu erhalten sei, ist der zweite Einwand von erheblicherer Bedeutung. Er trifft die schwache Stelle in der E.schen Arbeit. Es ist bereits vorher darauf hingewiesen worden, dafs das Verfahren, wie es schliefslich zur Gewinnung des Impfmaterials von der Haut diente, nicht einwandsfrei war. E. selbst ist sich dessen bewufst. Während er aber das Eindringen von Luftkeimen fürchtete, drohte die Gefahr von den normaler Weise in der Haut vorkommenden Mikrophyten, auf deren grofse Anzahl und Mannigfaltigkeit BIZZOZERO[24] die Aufmerksamkeit gelenkt.

Es unterliegt keinem Zweifel[25], dafs die gezüchteten Mikroorganismen mehr minder normale Bewohner der Haut sind, da die Abwaschungen mit 2% Karbollösung zur Sterilisierung nicht genügten. Eine Identifizierung mit den von BORDONI-UFFREDUZZI[26] kultivierten Mikrophyten der normalen Oberhaut läfst sich nicht durchführen. Es hat übrigens B. nur einen Teil jener Organismen dargestellt, „deren Kenntnis die Grundlage für das Studium der Ätiologie gewisser noch wenig bekannter Hautkrankheiten bilden mufs."

Derjenige Mikroorganismus, dem EDINGTON eine Bedeutung für die Ätiologie des Scharlachs vindiziert, ist der Bacillus Scar-

[24] BIZZOZERO. Über die Mikrophyten der normalen Oberhaut des Menschen. *Virchows Archiv.* Bd. 98. pag. 441.

[25] E. erhielt seine Resultate, indem er Arm oder Bein mit 2% Karbollösung wusch, in nachweislich keimfreie Watte (über den Ellenbogen resp. das Knie hinaus) einwickelte, die Hülle in der Zeit vom 19.—35. Tage an der Unterseite des Gliedes auftrennte, emporhob und in die bis unter die Mitte geführten und dort geöffneten Kulturgläschen durch Klopfen auf die Oberfläche der Watte einige Schüppchen hineinstäubte. Die Gläschen wurden für 2—3 Tage bei 31° C. gehalten und dann aus den inzwischen gewachsenen unreinen Kulturen durch das Plattenverfahren Reinkulturen dargestellt. Die Anwendung stärkerer Karbollösungen genügte, um die Impfungen negativ ausfallen zu lassen.

[26] BORDONI-UFFREDUZZI. Über die biologischen Eigenschaften der normalen Hautmikrophyten. *Fortschr. d. Med.* 1886. No. 5.

latinae, der einzige, der auch pathogene Eigenschaften zeigte. Als wesentlichste Stütze dieser Ansicht darf die Angabe angesehen werden, dafs der Bacillus in allen darauf untersuchten Scharlachfällen[27] in den ersten drei Tagen im Blute gefunden wurde. Die Konstanz dieses Blutbefundes, sowie die Benutzung einer anscheinend alle Verunreinigungen ausschliefsenden Methode[28] bei der Erhebung desselben bedingen die Wichtigkeit des Bacillus, dessen Auffindung in den Schuppen allein kein besonderer Wert beigelegt werden dürfte. Es kommt hinzu, dafs das Blut einem Meerschweinchen injiziert ebenso pathogen wirkte wie die Bacillenkultur. Allerdings ist zu beachten, dafs nur ein einziger derartiger Versuch vorliegt, und dafs in diesem das Blut gleichzeitig noch einen Diplokokkus enthielt, der nach E. der nicht pathogene Diplococcus Scarlatinae sanguinis gewesen. Es macht sich übrigens bei der Beurteilung der E.schen Angaben ein gewisses Gefühl von Unsicherheit geltend, weil E. bei der Feststellung der Eigenschaften der von ihm gefundenen Organismen die Kulturbedingungen so wenig variiert hat. Das Vorkommen des Diplokokkus im Blut führt E. auf Mischinfektion zurück. Auch die Art der Erkrankung, die bei der Infektion mit dem Bacillus erzeugt wurde, das Auftreten eines mehr minder intensiven und von Abschuppung gefolgten Erythems, von Fieber, bei Kälbern auch von Rachenentzündung, könnte zu gunsten der E.schen Annahme herangezogen werden, wenngleich nicht übersehen werden darf, dafs von dem Erythem der Kaninchen gesagt wird, es wäre an der Impfstelle am stärksten gewesen. Sehr auffallend ist es, dafs der Bacillus erst nach der dritten Woche aus den Hautschuppen erhalten[29] werden konnte, während das Abwaschen der Haut in einer viel früheren Zeit mit starker Karbollösung das Wachstum

---

[27] Leider fehlt eine Zahlenangabe.

[28] Bedeckung des Fingers, von dem das Blut entnommen wurde, durch zwei Stunden mit einem feuchten 5 % Karbolverband, Aufsaugen des Bluts im Moment des Austretens, während gleichzeitig zur Verhinderung des Auffallens von Keimen Karboltücher darüber gehalten wurden, mit sterilisierten Kapillarröhrchen und Ausblasung derselben nach Desinfizierung von aufsen in Nährgelatine unter Zurücklassung eines Blutrests. Kultur bei erhöhter Temperatur.

[29] Auch hier wird eine Angabe über die Anzahl der untersuchten Fälle nicht gemacht.

verhinderte, während nach der allgemeinen Ansicht die Ansteckung auch in der ersten Hälfte der Desquamationsperiode durch die Epidermisschüppchen vermittelt wird. Nach einer Erklärung zu suchen eventuell unter Berücksichtigung der JAMIESONschen Annahme von einem Reifen des Kontagiums wäre ohne Beibringung weiterer Experimente müfsig. Die Bedeutung der EDINGTONschen Arbeit für die Lehre von der Ätiologie des Scharlachs steht und fällt mit der Richtigkeit der Beobachtung, dafs das Blut bei Scharlach in den ersten drei Tagen Bacillen enthält, die sich später in den Schüppchen wiederfinden. Dieselbe an einer genügend grofsen Zahl von Scharlachfällen durch Nachprüfung zu kontrollieren und eventuell den E.schen Angaben durch eine Bestätigung volle Beweiskraft zu geben, dürfte die nächste Aufgabe sein. Ehe sie nicht in E.schem Sinne entschieden, ist auch E. trotz der von ihm verwandten Mühe und Sorgfalt, trotz seiner mehrere tausend betragenden Kulturversuche, bis zu dem Ziele, das er bereits erreicht wähnt, der Beantwortung der Frage nach dem Kontagium des Scharlachs, noch nicht vorgedrungen.

Das seborrhoische Ekzem.

Von

P. G. UNNA.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilographie des Internationalen medizinischen Kongresses zu Washington.

Es war seiner Zeit entschieden ein grofses Verdienst vom älteren HEBRA, eine Reihe von Krankheitszuständen der Haut, welche bis dahin vereinzelt abgehandelt wurden, so gewisse Porrigines, Impetigines und squamöse Ausschläge, als verschiedene Stadien einer einzigen Krankheit, des chronischen Ekzems, erkannt und zusammengefafst zu haben. In der Folge ist dann der Begriff des Ekzems in der von HEBRA erweiterten Gestalt mit dem des Hautkatarrhs verschmolzen, und wir sind gewohnt, alle möglichen Reizzustände der Haut, welche mit Bläschen, Jucken

und Schuppen einhergehen, und den Eindruck einer oberflächlichen Dermatitis hervorrufen, heute Ekzem zu nennen.

Ich glaube, es wird wenige Dermatologen geben, welche diesen heutigen Standpunkt der Ekzemlehre aus vollem Herzen gutheifsen. Zunächst ist es die nicht zu leugnende Thatsache, dafs es eine Reihe wohl charakterisierter Ekzeme gibt, welche bei noch so langem Bestande niemals die typischen Formen des Bläschens, der roten nässenden Fläche und schliefslich der Schuppen durchmachen, sondern von Anfang bis zu Ende entweder nur Papeln auf erythematösem Boden und später Schuppen, oder überhaupt nur Schuppen auf verdickter, geröteter Haut zeigen. Der Praktiker hilft sich in solchen Fällen mit dem Ausdruck: trockenes Ekzem, um sich den Kollegen verständlich zu machen, nicht ohne einen ironischen Seitenhieb auf unsre eigentümliche Nomenklatur, die hier wirklich an den lucus a non lucendo erinnert.

Ich lege auf diese Contradictio in adjecto keinen besonderen Wert, denn sie ist nur eine scheinbare. Beim „Ekzem" sollte allerdings eine Feuchtigkeit aussickern, aber seitdem dieser Begriff mit dem des Hautkatarrhs identifiziert ist, braucht unser Ekzembegriff nicht weniger und mehr zu sagen als der Katarrh überhaupt. Und bei den Schleimhäuten ist es bereits lange Gebrauch geworden; von einem trockenen Katarrh so gut zu reden, wie von einem feuchten. Es ist auch in der That nicht nötig, dafs die gröfsere Durchfeuchtung der Oberhaut, die wir bei jedem Katarrh voraussetzen müssen, gerade sichtbarlich in Bläschen, Pusteln und rinnenden Tropfen zutage tritt.

Diese Erweiterung des Ekzembegriffes auf trockene Hautkatarrhe würde ich auch an und für sich, wie gesagt, gutheifsen. Aber gerade die verschiedenen von Anfang bis zu Ende trockenen, nur selten hin und wieder nässenden Formen des Ekzems sind auch in andern klinischen Symptomen so eigenartig, dafs gerade kein besonderer klinischer Scharfblick dazu gehört, hier wirklich verschiedene Krankheitstypen auszusondern, die mit Unrecht heute in die olla potrida, genannt chronisches Ekzem, zusammengeworfen werden.

Von diesen trockenen Formen ausgehend, gelang es mir denn

auch schon vor Jahren, eine Reihe wohlcharakterisierter Ekzemtypen zunächst zu meinem Privatgebrauch und zu rascher Verständigung mit meinen Assistenten und Zuhörern aufzustellen, und in einigen neueren Arbeiten habe ich bereits, so kurz wie es die sonstige Tendenz derselben gestattete, einige derselben angeführt. In meiner Privatpraxis und Klinik ist deshalb schon seit Jahren die einfache Diagnose „chronisches Ekzem“ verpönt. Ich begnüge mich nicht mit dem rein äufserlichen, bisherigen Behelf der Lehrbücher, das chronische Ekzem nach den Körpergegenden zu bezeichnen, im übrigen aber überall für ein und denselben Krankheitsprozefs, nämlich, das Ekzem, zu halten, sondern ich mache es mir und meinen Assistenten zur Pflicht, nach genauer Untersuchung und Aufnahme der Anamnese die Diagnose auf ein ganz bestimmtes Ekzem zu stellen, und ich kann Sie versichern, dafs in wenigen Monaten der Blick eines jeden Arztes, der auf die typischen Unterschiede dieser Hautkatarrhe aufmerksam gemacht ist, für dieselben so geschärft wird, dafs er diese feineren Diagnosen überall zu machen im stande ist.

Nehmen wir z. B. das Gesichtsekzem eines Säuglings, so wissen meine Schüler sehr wohl, dafs hier hauptsächlich 3 absolut verschiedene Typen zu unterscheiden sind, nämlich 1. das rein nervöse Dentitionsekzem, 2. das tuberkulöse Ekzem, 3. das seborrhoische. Wenn das Ekzem nicht schon sehr lange bestand, ehe es in Behandlung kommt, so ist diese Unterscheidung sogar meist prima vista gemacht. Eine Lokalisation an den Schleimhauteingängen des Auges, der Nase, des Mundes und der Ohren, eine Komplikation mit phlyktänulärer Keratitis, mit skrofulöser Rhinitis, mit Otorrhöe, ein grofsblasiger Typus des Ekzems mit Ödem und starker, verbreiteter Drüsenschwellung, bei fast fehlendem Juckreiz, charakterisiert das tuberkulöse Ekzem, welches Lupus und Tuberkulose prognostizieren läfst. Ist dagegen die Umgebung der Augen, der Nase und des Mundes frei, so dafs das Ekzem wie eine in der Mitte ausgeschnittene Maske das Gesicht umrahmt, so kann es sich entweder um ein Dentitionsekzem, oder um ein seborrhoisches Ekzem handeln. Das erstere tritt bei vollkommen gesunder Haut meist in der Mitte der Backen, dann auf der Stirn ganz symmetrisch und fast stets zu-

gleich auf der Radialseite beider Handrücken und Handgelenke auf, juckt ganz enorm, um so mehr, je kräftiger das Kind und je gesunder und derber noch die Oberhaut ist; es ist ganz abhängig von reflektorisch wirkenden Reizen und speziell von dem Fortschritt der Dentition, verschwindet manchmal nach dem Durchbruch einiger Zähne eben so schnell, wie es gekommen ist, um nach einigen Tagen wieder zu kehren; es erinnert an Herpes Zoster, indem auch hier eine Gruppe zunächst vereinzelter, schön geformter Bläschen auf geröteter Basis rasch aufschiefsen, unterscheidet sich aber durch die strikte Symmetrie und die Neigung zu fortwährenden Recidiven.

Ganz anders das seborrhoische Ekzem. Hier war die Haut nicht ganz gesund, sondern es ging regelmäfsig eine, wenige Wochen nach der Geburt auftretende, oft gar nicht bemerkte, aber stetig sich ausbreitende Seborrhöe des behaarten Kopfes voraus. Diese überzieht oft erst, nachdem sie einen nässenden Charakter angenommen, die Ohren, Stirn und Backen, springt, ohne die Umgebung der Augen zu berühren, auf die Augenwimpern über und breitet sich dann nach der Schulter und den Oberarmen zu in meist trockenen, fettigen Herden aus. Dieses Ekzem behält überall, auch an nässenden Stellen, seinen fettigen Charakter bei, juckt bedeutend weniger als das Detentionsekzem, aber doch mehr als das tuberkulöse, und kann sich eher als die andern beiden genannten Ekzeme zu einem universellen Ekzem ausbilden, indem es dann gewöhnlich auf die Genitalien überspringt und von hier aus Beine und Rücken überzieht.

So verschieden wie der klinische Typus, so verschieden ist die Behandlung, und deshalb ist die sofortige richtige Diagnose auch praktisch von grofsem Wert. Beim nervösen Ekzem ist die Aufpinselung von Zinkichthyolleim, eventuell als Maske mit Binden anzuraten, die das Kind nicht abkratzen kann, daneben aber die geeignete Behandlung des inneren Nervenreizes durch Bromkalium, Kalomel, Kokainbepinselung des Mundes, u. s. f. Viel radikaler ist das tuberkulöse Ekzem zu behandeln. Da das heftige Jucken fortfällt, ist eine feste Maske unnötig. Hier ist der rote Quecksilberpräzipitat und ebenfalls das Ichthyol als Zusatz zur Zinksalbe vortrefflich. Beim seborrhoischen Ekzem hilft

dagegen in allen Fällen ein Zusatz von Schwefel zur Zinksalbe oder auch von Resorcin, während Ichthyol hier nutzlos ist.

Ich möchte nun auch nicht so mifsverstanden werden, als wenn ich mich anheischig machte, in jedem Falle von chronischem Ekzem die Art desselben bestimmen zu können. Aber in 8 oder 9 Fällen von 10 gelingt dies doch, die übrigen sind solche, welche schon sehr lange bestanden haben, oder in welchen der klinische Anblick und die Anamnese gleichmäfsig wahrscheinlich machen, dafs eine Mischung zweier Ekzeme vorliegt, dafs z. B. zu einem rein nervösen Dentitionsekzem eines der beiden andern parasitären Ekzeme sich hinzugesellt hat. Auch dann noch läfst sich zuweilen während der Heilung an der Art der Wirkung der Mittel oder an einem frischen Recidiv die genauere Diagnose stellen.

An diesem Beispiele, m. H., mögen Sie erkennen, dafs man, ohne das klinische Gebiet zu verlassen, genauere Ekzemdiagnosen machen kann, als die bisher beliebten Diagnosen eines chronischen Ekzems des Skrotums, eines impetiginösen Ekzems des Nackens, eines trockenen Ekzems der Arme u. s. f. Und zugleich hat sich diese Art die Dinge anzusehen für die Praxis ungemein bewährt und den Blick für die verschiedene Wirkung unsrer Mittel sehr geschärft.

Aber als klinische Diagnosen bleiben dieselben zunächst vorläufige, d. h. sie bleiben abhängig von dem Zutrauen der Fachkollegen und dem praktischen Nutzen, welchen diese aus ihrer Annahme ziehen. Zwingende Beweise für ihre Existenz und eine genaue Abgrenzung derselben untereinander können erst erwartet werden, wenn von den parasitären Formen die Parasiten sämtlich reingezüchtet vorliegen und von den nervösen Formen die Abwesenheit des Parasitismus und ihre Abhängigkeit vom Nervensystem erwiesen ist.

Erst in dem Mafse und in der Reihenfolge, als es mir und andern gelingt, diese den klinischen Takt weit überbietenden objektiven Beweise beizubringen, werde ich es wagen, den Fachkollegen diese verschiedenen Ekzemtypen detailliert vorzulegen; und die Folgezeit wird eben lehren, ob auf diese Weise eine

befriedigende Einteilung der Ekzeme möglich ist, ob diese rein klinischen Unterscheidungen richtig inspiriert waren.

In diesem Sinne will ich Ihnen, m. H., heute etwas ausführlicher die klinische Seite eines der wichtigsten meiner Ekzemtypen vorlegen, meines Ekzema seborrhoicum.

Da dieser Begriff für mich schon lange an die Stelle des Begriffes der sog. „trockenen Seborrhöe" getreten ist, so würde ich, wollte ich in einem Vortrage dieses Thema erschöpfen, auch in eine historische Kritik jenes auf sehr schwachen Grundlagen aufgebauten Krankheitstypus einzutreten haben. Es würde mich das viel zu weit führen, und ich muſs Sie bitten, sich in dieser Beziehung die in einer der letzten Hefte meiner Zeitschrift erschienene kritische Übersicht: „Was wissen wir von der Seborrhöe?" anzusehen. Es genügt für den heutigen Zweck, wenn ich Ihnen kurz als Resultat meiner diesbezüglichen Studien mitteile, daſs es eine Talgdrüsenhypersekretion, welche sich klinisch als sog. trockene Seborrhöe durch Auflagerung festen Talgdrüsenprodukts geltend machte, nicht gibt. Was man bisher als Seborrhöe zusammenfaſst, sind zwei ganz verschiedene Dinge. Erstlich eine wirkliche fettige Hypersekretion, die aber nicht von den Talgdrüsen, sondern von den Knäueldrüsen ausgeht. Diese Hypersekretion, die sogenannte ölige Seborrhöe, entleert sich durch die Schweiſsporen nach auſsen, ist also durchaus nur als eine Hidrosis zu bezeichnen, und zwar als eine Hyperhidrosis oleosa. Trennen wir diese vollständig ab, so bleibt die Gruppe der verschiedenen sog. trockenen Seborrhöen übrig. Von diesen nehme ich wiederum die Form der Vernix caseosa aus, welche eine Sonderstellung einnimmt und nur beim Fötus vorkommt; sie ist das Produkt einer echten Hypersekretion der Knäueldrüsen, vermischt mit sich abschuppenden Hornlamellen. Und ich nehme zweitens vorläufig die sog. Pityriasis tabescentium aus, weil ich dieselbe noch nicht mikroskopisch untersucht habe. Alle andern sog. trockenen Seborrhöen, welche ich sämtlich mikroskopisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, sind chronisch entzündliche Prozesse der Haut und nichts weniger als Hypersekretionen der Talgdrüsen. Ganz besonders gilt dieses für die zur Alopecie führende Pityriasis capitis, die ich mit Hebra

als identisch betrachte mit der Seborrhoea capitis, aber nicht in dem Sinne, als wären beide Talgdrüsenaffektionen, sondern deshalb, weil ich klinisch und histologisch nachweisen kann, dafs beide nur verschiedene Formen einer ganz bestimmten entzündlichen Hautkrankheit sind, welche vermöge einer Hypersekretion der Knäueldrüsen einen abnormen Fettreichtum aufweist. Dieser Fettreichtum sitzt nicht nur, wie man gemeiniglich glaubt, in den Schuppen, sondern er durchsetzt die gesamte Lederhaut und Oberhaut, wie bei keiner andren bisher bekannten Krankheit. Die Lymphbahnen der gesamten Haut sind förmlich injiziert mit Fett, und die Produktion fettiger Schuppen ist daher eine notwendige, nicht weiter überraschende Folge. Die Herkunft dieses Fettes können nicht die Talgdrüsen sein, da dieselben nach den übereinstimmenden Resultaten von Malassez, Schuchardt und mir durchaus keine Zeichen von „Hypertrophie“ oder einer gesteigerten Thätigkeit zeigen, vielmehr durch abnorm feste Hornmassen vollständig verstopft sind. Gerade die in die Follikel eintauchenden Fortsätze seborrhoischer Schuppen, welche man bisher stets als Beweis ansah, dafs die fettigen Schuppen Produkt der Talgdrüsen seien, hätte man bei genauerer Untersuchung für das erkennen müssen, was sie sind, nämlich für die, die Follikel verstopfenden Hornmassen. Dieselben beweisen nur, dafs dieselbe entzündliche Parakeratose, welche die Oberfläche der Haut befällt, sich auch auf die Haarbalgtrichter, resp. den Talgdrüsenausführungsgang fortsetzt, und sind der schlagendste, makroskopisch-klinische Beweis für die mangelnde Thätigkeit der Talgdrüsen. Anderseits wird dieser Umstand aber auch durch das Produkt der Schuppen bewiesen, welches niemals Talgdrüsenzellen und deren Inhalt aufweist, sondern nur Hornmassen von dem Charakter, wie er allen entzündlichen Parakeratosen und Katarrhen der Haut zukommt, welche als spezifische Eigentümlichkeit aber noch einen abnorm hohen Fettgehalt aufweisen. Dafs die wahre Quelle dieses abnormen Fettgehaltes in den Knäueldrüsen zu suchen ist, kann ich durch vier histologische Momente beweisen, durch die Identität des Fettes, welches die Cutis, Oberhaut und die Schuppen durchsetzt, mit dem Knäueldrüsenfett, durch die entzündliche Veränderung, Hypertrophie und die Zeichen abnorm

gesteigerter Thätigkeit in den Knäueldrüsen, durch die Dilatation der Schweifsporen innerhalb der verdickten Hornmassen und durch die konstante Hypertrophie des normalen Knäueldrüsenprodukts in der Tiefe der Haut, nämlich des Fettpolsters.

Die genauere Ausführung aller dieser, hier nur in groben Umrissen vorgeführten Punkte mufs ich mir für eine gröfsere Arbeit über diesen Gegenstand aufsparen. Ebenfalls will ich hier nicht auf die noch nicht abschlossenen bakteriologischen Versuche eingehen, welche den parasitären Charakter des seborrhoischen Ekzems erweisen. Sondern ich begnüge mich, nachdem ich so in vorläufiger Weise den Rahmen dieser Krankheit nach aufsen hin abgesteckt, und ihr Verhältnis zu den historisch verwandten Typen beleuchtet habe, mit einer kurzen Schilderung des sehr vielgestaltigen klinischen Bildes.

Der Ausgangspunkt fast alter seborrhoischen Ekzeme mit wenigen Ausnahmen liegt auf dem behaarten Kopfe. Sehr selten beginnt die Affektion mit der entsprechenden Affektion des Augenliderrandes oder einer der bekanntlich an Knäueldrüsen reichen Kontaktstellen der Haut (Achselhöhle, Ellbeuge, Cruroskrotalfalte). Auf dem Kopfe entsteht sie meistens aus unmerklichen Anfängen, und erst eine plötzliche Verschlimmerung nach monate- oder jahrelangem Bestande, ein auffälliger Haarschwund, eine ungewöhnliche Schuppen- oder Borkenansammlung, heftiges Jucken oder endlich ein umschriebenes Nässen, ein offenbares Ekzem führt den Patienten zum Arzt. Die Affektion beginnt also als ein latenter Katarrh. Die ersten Spuren desselben äufsern sich als ein festerer Zusammenhalt der Hornschicht, die daher nicht in insensibler, sondern in sensibler Weise, d. h. in gröfseren Hornlamellen abschuppt, und weiter als eine fehlerhafte Verteilung des Hautfettes, indem die Haare durch Verschlufs der Haarbalgtrichter abnorm trocken werden, während die Oberhaut selbst, und die von ihr abschilfernden Schuppen (durch Knäueldrüsensekret) abnorm stark eingefettet werden. Von hier aus geht der Prozefs in drei Richtungen auf dem Kopfe selbst weiter. Entweder die Schuppenmassen vermehren sich einfach, bleiben aber stets weifs und nur mäfsig fettig; allmählich gesellt sich stärkerer Haarausfall dazu, und es entsteht die bekannte

charakteristische Glatze der Alopecia pityrodes, während die Kopfhaut an den kahlwerdenden Stellen immer weniger verschieblich wird. Das Schuppen läfst wieder nach, um schliefslich bei ausgesprochener Glatze ganz aufzuhören und einer Hyperidrosis oleosa Platz zu machen.

In einer andren Reihe von Fällen nimmt die Schuppenmenge so zu, dafs dieselbe während der ganzen Krankheitsdauer das Hauptsymptom darstellt. Dieselben häufen sich entweder als dicke, fettige Borken zwischen den Haaren an, welche der Haut mehr oder weniger fest adhärieren, aber doch meist ohne Blutung mit einer stumpfen Kante abzulösen sind. Oder sie umgeben bei vorwiegendem Befallensein der Haarbalgtrichter die austretenden Haare mit Manschetten aus Hornsubstanz. Die Farbe der fettigen Borken variiert von weifs durch gelb und braun bis schwarzbraun, aber die dunkle Farbe ist keineswegs ein Produkt des Alters der Schuppen und der Unreinlichkeit, sondern sie ist den einzelnen Fällen individuell verschieden, und dann im Verlaufe der ganzen Krankheit konstant. Einige Patienten, bei welchen die dann gewöhnlich feineren, fest anliegenden Schuppen die Farbe des Ohrenschmalzes, oder ein noch dunkleres Braun zeigen, beklagen sich überhaupt nur über den vermeintlichen Schmutz auf dem Kopfe, welchen sie vergeblich mit Seife zu entfernen versucht haben. Während die erste Form meistens den ganzen Kopf ziemlich gleichmäfsig befällt, findet diese zweite sich meistens an einzelnen Stellen des Kopfes stärker ausgeprägt, so dafs es hier zu hervorragenden dicken Borken kommt, welche dann auch auf einer mäfsig verdickten, hyperämischen Haut aufsitzen. Solche Prädilektionsstellen sind die Höhe der Scheitelbeine und die Hinterhauptgegend. Diese stärkere Form hat nun auch eine grofse Tendenz, den behaarten Kopf zu verlassen, und sich über die benachbarten, mit Flaum bedeckten Hautstellen auszubreiten. Der erste Vorstofs geschieht gewöhnlich an der Haargrenze der Stirn und Schläfe. Sofort, wie die Affektion hier erscheint, ist ihr Charakter auch viel deutlicher ausgeprägt als auf dem behaarten Kopfe. Sie schreitet hier mit einem scharf markierten, fast stets, manchmal sogar stark, geröteten, mit gelben, fettigen Schuppen belegten Rande fort und umsäumt die Haargrenze

guirlandenartig in einer etwa fingerbreiten Zone. Hier macht sie in vielen Fällen zunächst Halt. Es ist dieselbe Region, für welche die Syphilis und die Acne varioloiformis die bekannte Vorliebe hegt. Es gibt also auch eine Corona seborrhoica, die den Befallenen einen sehr typischen Anblick verleiht. Weiterhin zieht sich die Affektion gewöhnlich an den Schläfen über die Ohren nach dem Hals herab, oder sie springt auf die Nase und Backen über. Auch bei dieser Form konkurriert sehr häufig ein sehr beträchtlicher Haarausfall, jedoch nicht mehr oder minder als bei der ersten Form. In beiden Fällen ist die Alopecie durchaus nicht der Schuppenmenge proportional, sondern lediglich der Straffheit, mit welcher die Kopfhaut in dieser Krankheit an die Galea aponeurotica angeheftet wird.

Die dritte Form ist diejenige, bei welcher die katarrhalischen Erscheinungen am stärksten ausgesprochen sind und es zum Nässen kommt. Gewöhnlich ist es die dem Ohr zunächst gelegene Partie der Schläfengegend, in welcher sich, nachdem eine einfache Pityriasis mit Jucken, Spannung und Rötung vorangegangen, das Nässen einstellt. Die fettigen Schuppen werden abgehoben, und es tritt, wie immer beim Ekzem, die basale feuchtglänzende Hornschicht dunkelrot zutage. Bei stärkerem Nässen wird auch diese an einzelnen Stellen erodiert, so dafs hier die Stachelschicht frei liegt. Dabei geht die fettige Absonderung fort, so dafs die gebildeten Krusten immer dick, bröckelig, feucht und fettig zugleich sind. Fast immer werden bald auch die Ohren, wenigstens die äufsere Kante derselben, befallen, es tritt wie gewöhnlich Ödem, Schwellung des äufseren Gehörganges und die subjektiven Beschwerden hinzu, die jedes Ohrekzem begleiten. Während sich die nässende Form beim Erwachsenen meist vom Ohr aus auf den Hals weiter ausdehnt, schreitet sie bei Kindern, und besonders bei Säuglingen, die an Dentitio difficilis laborieren, auf die Wangen und die Stirn fort, indem die habituelle Hyperämie dieser Teile den Boden vorbereitet. Durchaus nicht immer verbreitet sich das Nässen auch über den ganzen behaarten Kopf, häufig bleibt auf dem Mittel- und Hinterkopfe eine einfache Pityriasis oder Seborrhöe, bestehen, während Hals und Gesicht das Aussehen eines Ekzema madidans bieten.

Diese drei Formen oder Grade des seborrhoischen Ekzems am Kopfe entsprechen bisher meist getrennt bearbeiteten Affektionen der Autoren. Die erste ist die gewöhnliche Pityriasis capitis, die meistens allmählich zur Alopecia pityrodes führt, die zweite ist die sog. Seborrhoea sicca capitis, die dritte umfaſst eine groſse Anzahl der bisher unter dem Sammelbegriffe des Ekzema chronicum capitis unterschiedslos zusammengefaſsten Affektionen, und zwar gehören von den Ekzemen der Kinderköpfe nur ganz bestimmte, oben näher charakterisierte hierher, von den Kopfekzemen der Erwachsenen jedoch die meisten, besonders fast alle der besser situierten Stände.

Indem wir das seborrhoische Ekzem jetzt auf seiner Reise um den Körper begleiten, um die ungemein verschiedenen Gestalten zu bestimmen, unter welchen es uns auf den verschiedenen Hautregionen entgegentritt, trennen wir innerhalb jeder Region am besten die genannten drei Formen derselben, die ich zum Zwecke rascher Verständigung kurz die schuppende, die borkige und die nässende nennen will.

Vom Kopfe abwärts gehend, gelangen wir an den nächsten Lieblingsplatz in der Sternalgegend. Hier findet sich fast nur die borkige Form. Viel seltener bei starker Behaarung die schuppige und noch seltener die nässende, im Zusammenhange mit einem nässenden seborrhoischen Ekzem der ganzen oberen Körpergegend. Das borkige Ekzem dieser ganzen Region ist bereits von verschiedenen Autoren als eine besondere Affektion beschrieben worden, so neuerdings noch von Colcott Fox unter dem Wilsonschen Namen Lichen anulatus serpiginosus, von den Franzosen als Ekzema marginatum. Es sieht ungemein charakteristisch aus, ich möchte sagen, es ist die zierlichste Form des seborrhoischen Ekzems. Runde oder ovale Flecke von der Gröſse eines Fingernagels stehen hier gruppenweise zusammen, zum Teil coaleszierend und dadurch zu einem etwa thalergroſsen Flecke mit polycyklischem Kontur vereinigt. Der Eindruck einer vielblätterigen, geränderten bunten Blume wird durch die nach auſsen scharf abgeschnittenen Ränder und die Farbenschattierung hervorgerufen. Jeder einzelne Fleck ist nämlich von gelblicher Farbe und besitzt nach auſsen einen ganz feinen roten Rand,

wenn nach dem Reinigen das Schüppchen dieses Randes entfernt ist. Dieses ist die gewöhnlichste Form unsrer Affektion in der Sternalgegend bei geringer Entwickelung. Man findet sie öfter dort, wo über dem Stamme etwas Fettpolster entwickelt ist und längere Haare produziert werden, als wo die Haut sehr zart, dünn und haarlos ist. Nimmt die Affektion hier gröfsere Dimensionen an, so ist die ursprüngliche Stätte in ein gelb gefärbtes, ziemlich glattes, nur mäfsig schilferndes Zentrum verwandelt, an dessen Peripherie zum Teil unregelmäfsig zerstreut, zum Teil zusammenhängend, aber immer in Form konvex nach aufsen gerichteter Bogenlinien, sich frische Eruptionen bilden, die den Charakter des ursprünglichen Herdes besitzen, also eine rote papulöse Erhebung darstellen, bedeckt mit gelblich weifsen, oder ganz gelben, bröckeligen, fettigen Schuppen. Diese letztere Form findet sich auch meist auf dem Rücken in der Interskapulargegend der Schweifsrinne des Rückens.

Wieder etwas anders stehen die Flecke in den Achselhöhlen aus, wo sie sich nebenbei durch stärkeres Jucken auszeichnen. Schuppen und Borken sind hier fast nie zu sehen, sondern nur eine rote, serpiginös fortschreitende, feine Bogenlinie. Auch die gelbe Farbe des Zentrums hebt sich hier kaum ab. Diese übrigens seltenere Lokalisation zeigt manchmal eine Steigerung zur nässenden Form, wobei sich dann das Ekzem gewöhnlich rasch über den Thorax verbreitet.

Von der Schultergegend steigt das seborrhoische Ekzem fast immer in der borkigen, selten der nässenden Form auf die Arme herunter. Auch hier zeigt es eine besondere Vorliebe zu den Beugeseiten, obwohl es die Streckseiten nicht verschont. Aber im strikten Gegensatz zur Psoriasis bildet der Ellbogen durchaus keine Prädilektionsstelle. Gewöhnlich ist er sogar ganz frei, nur bei universeller Ausbreitung wird er, immer erst sekundär, mitbefallen. Diese Vorliebe für die Beugeseiten und Kontaktstellen erklärt sich aus der Rolle, welche die Knäueldrüsen beim Ekzema seborrhoicum spielen.

Die Handrücken sind wieder ein Lieblingssitz der nässenden Form, besonders die Rückseiten der Finger. Es ist eine ungemein häufige Kombination, dafs von einem borkigen seborrhoischen

Ekzem des Kopfes ein nässendes der Ohren und des Gesichtes, und dann sofort mit Überspringung des Rumpfes und der Arme ein nässendes Ekzem des Hand- und Fingerrückens ausgeht. Sehr selten zeigen Arme und Hände das einfach schuppige Ekzem in der Form flacher, gelblicher, juckender und schuppender Flecke. Ganz besondere Gestalt nimmt dagegen wieder die Affektion an den Handtellern und Fufssohlen an, wenn sie hier sich — wie es allerdings selten vorkommt — lokalisiert. Dafs sie hier überhaupt auftritt, ist allein schon ein strikter Beweis, dafs sie von den Talgdrüsen ganz unabhängig ist. Anstatt zusammenhängender Flächen und serpiginöser Kreise finden wir hier einzelnen Knäueldrüsen entsprechende, erbsen- bis kirschgrofse Schuppenhügelchen, welche einer Psoriasis guttata ähnlich sehen. Bei der Abheilung dieser Stellen, die ungemein langsam vor sich geht, schilfert die Hornschicht in gröfserem Umfange ab, und die Hand- und Sohlenfläche nimmt ein landkartenartiges Aussehen an. Hier kommt es niemals zum Nässen. Ich habe diese Lokalisation ganz isoliert mit der schuppigen und borkigen Form des behaarten Kopfes und weniger Stellen am übrigen Körper gesehen, wie anderseits bei universellem Ekzema seborrhoicum des Körpers vom Scheitel bis zur Sohle.

Am unteren Teile des Rumpfes, auf dem Gesäfse und den Hüften sehen wir meistens allein die borkige Form in Ringen und Gyris serpiginös fortschreitend, mit Hinterlassung gelblicher, später bräunlich pigmentierter Flecke. In der Analgegend findet sich wieder die zierlichere Gestalt der Kreise und Ringe, wie wir sie vom Sternum und der Axilla her kennen. Die Cruroskrotalfalte und die anliegende Partie der Oberschenkel und des Hodensacks ist dagegen ein Lieblingssitz der gröberen borkigen Ringe und stellt daher eine, nicht seltene Art des sog. Ekzema marginatum Hebrae dar, unter welchem Begriffe gewifs eine ganze Reihe verschiedener Pilzkrankheiten heutzutage zusammengeworfen wird. Am Hodensack geht die borkige Form bei längerem Bestande so gut wie regelmäfsig in die nässende über. Die Oberschenkel sind, wie auch der untere Teil des Rumpfes, seltener Sitz der Erkrankung und partizipieren nur bei universeller Ausbreitung mit einigen Flecken. Ebensowenig bilden die

Streckseiten der Knie einen Anziehungspunkt für unser Ekzem. Dagegen kommt es wieder häufiger vor in den Kniebeugen und vorzüglich am Unterschenkel. Hier finden wir im Beginne der Affektion stets nur die groſspapulöse, grobborkige Form, welche hier aber mehr Platten und münzenförmige Flecke als Ringe bildet, bei längerem Bestande pflegt jedoch die nässende Form nicht auszubleiben, besonders bei der Komplikation mit Varicen. Sehr selten finden sich vereinzelte Flecke am Fuſsrücken. Die Fuſssohlen leiden nur gleichzeitig mit den Handtellern und in völlig analoger Weise.

Mit Willen habe ich die Beschreibung des seborrhoischen Ekzems im Gesicht bis zuletzt aufgespart, nachdem wir die Hauptformen am Körper haben Revue passieren lassen. Denn hier finden sich noch einige ganz besondere Eigentümlichkeiten. Die schuppige Form tritt bei Vorhandensein eines Bartes als diffuse Pityriasis einerseits, anderseits aber auch als umschriebene, etwas gerötete, stärker juckende Flecke in Schnurr- und Backenbart auf. Haarausfall folgt hier nie, auch bei noch so langem Bestande, da die straffe Anheftung der Cutis hier ja fehlt. Bei Frauen ist die diffus schuppige Form selten, kommt aber hin und wieder vor in Form einer feinen Abschilferung und leicht gelblicher Verfärbung der Stirn und seitlichen Wangenpartien. Meist finden wir hier umschriebene, schuppige, gelbliche, oder graugelbliche, leicht erhabene Flecke, welche oft nur bei guter seitlicher Belichtung sichtbar sind, und von den Patientinnen meist selbst übersehen werden, obgleich sie an diesen Stellen hin und wieder Jucken zu haben angeben. Diese Flecke okkupieren meist die Stirn, die Backen bis zur Nasolabialfurche, und ziehen sich von dort auf die seitlichen Teile des Halses herab.

Häufig begegnen wir auch einer stärker entzündlichen Form des seborrhoischen Ekzems im Gesichte, und dies fast regelmäſsig da, wo, wie im Klimakterium, Blutwallungen nach dem Gesichte stattzufinden pflegen. Hier siedeln sich im Gefolge einer jeden stärkeren Erhitzung eine groſse Anzahl feiner und gröſserer roter Papeln auf Stirn, Nase und Wangen an. Die kleinsten sind von der Gröſse eines Senfkornes und rund; die gröſseren etwa erbsengroſs und mit zackigen, unregelmäſsigen Ausläufern versehen.

Diese roten Papeln sind schuppenlos oder mit feinen gelblichen Schuppen versehen, jenachdem Waschungen vorgenommen oder vermieden werden. Zwischen den Papeln rötet sich die Haut und es besteht ein beständiges leises Brennen an dieser mittleren Partie des Gesichts. Allmählich entwickelt sich, wenn nicht künstliche Heilung herbeigeführt wird, aus diesen Anfängen eine regelrechte Rosacea, und zwar die von mir als ekzematös bezeichnete Form. Das Ekzema seborrhoicum ist bei den Frauen eine der häufigsten Ursachen der Rosacea überhaupt, und viele Fälle von Rosacea bessern sich sofort, sowie das verursachende Ekzema seborrhoicum des behaarten Kopfes geheilt wird. Übrigens ist auch bei Männern häufig der Alkoholgenufs nur die disponierende, entferntere, ein übersehenes Ekzema seborrhoicum des Kopfes die nähere, direkte Ursache der Rosacea.

Ungemein selten ist bei jüngeren Leuten die grobborkige Form im Gesichte. Doch kommt sie als ein fettig bröckeliger, schwer abzuhebender, gelber, brauner, ohrenschmalzähnlicher Belag auf umschriebenen Stellen der Wangen, Nase und Stirn vor und ist mit ziehenden Schmerzen in diesen Teilen verbunden. Viel häufiger und in schmerzloser, schleichender Weise entstehen solche seborrhoische Flecke bei alten Leuten um Mund und Nase herum und geben bekanntlich den Ausgangspunkt für Karcinome (Volkmanns seborrhagische Karcinome) her.

Endlich neigt das Gesicht auch zur nässenden Form des Ekzema seborrhoicum, und zwar besonders, wie wir schon gesehen haben, bei Kindern, sehr viel seltener bei Erwachsenen, und hier wohl nur im Zusammenhange mit einem nässenden Ekzem des ganzen Kopfes und Halses. Das Jucken bei diesem Ekzem ist unbedeutend, Bläschen sind nie vorhanden, sondern nach Abhebung der fettigen Borken ist sofort das Ekzema rubrum etabliert, welches durch das schuppende Stadium, wie gewöhnlich, abheilt. Bei interkurrenten Verschlimmerungen des Ekzems treten auf der nässenden Fläche Schübe von zuerst stark juckenden, frischen Papeln auf. Auch bei stärkerer Ausbildung dieser Form bleibt Nase und Mund vom Nässen fast immer verschont.

Es erübrigt noch ein Wort über das seborrhoische Ekzem

der Augenlider und des Gehörganges. In den Meibohmschen Drüsen etabliert sich dieses Ekzem so gut wie in den Knäueldrüsen und ist von besonderer Hartnäckigkeit. Gerade diese Lokalisation bildet beim Mangel jeglicher Affektion des behaarten Kopfes den Ausgangspunkt eines sich weiter verbreitenden Ekzema seborrhoicum. In den meisten Fällen ist aber schon vorher die Affektion am Kopfe aufgetreten, und es wäre stets wichtig für den Hausarzt sowohl wie für den Augenarzt, diese Quelle der Augenaffektion zu kennen, da ohne ihre Berücksichtigung eine dauernde Heilung der Augenaffektion nicht zu erzielen ist. Die Borken bei dieser Ekzemform der Augenlider sind trocken fettig. nur selten kommt es zum Schwund der Cilien, welche sich allerdings rascher hären. Häufig besteht eine konkomitierende, durch die Lidaffektion unterhaltene Conjunctivitis chronica palpebrarum.

Im Gehörgange kommen alle drei Formen vor. Bei irgendwie erheblichem Ekzema seborrhoicum des Kopfes besteht fast immer ein einfaches Schuppen des Gehörganges, welches mit Trockenheit und Jucken einhergeht. Regelmäfsig ist eine abundante feste Absonderung der Knäueldrüsen des Gehörgangs, d. i. der Ohrenschmalzdrüsen, dabei vorhanden. Die borkige seltenere Form geht gewöhnlich bald in die nässende über.

Die Nägel werden nur selten vom seborrhoischen Ekzem befallen und zeigen dann eine von vorn nach hinten schreitende, die Nagelplatte abhebende Hyperkeratose des Nagelbettes, wie andre Pilzkrankheiten.

Wenn ich nun noch erwähne, dafs an behaarten Stellen, vorzüglich auf dem Kopfe, das seborrhoische Ekzem hin und wieder Veranlassung zur Produktion richtiger, spitzer Warzen, spitzer Kondylome gibt, so habe ich so kurz wie möglich die ungemein verschiedenartigen Krankheitsbilder dieser einen, höchst versatilen Affektion vorgeführt und wende mich nun zum ganzen Habitus, zum Verlaufe der Krankheit.

Das Ekzema seborrhoicum schreitet stets langsam peripherisch weiter, nachdem es am Orte seines Ursprungs oft jahrelang unter geringen Symptomen bestanden hat. Da dieser Ort meist der behaarte Kopf ist, so resultiert daraus in weitaus den meisten Fällen ein Gang der Krankheit von oben nach unten,

vom Kopf über die Ohren und das Gesicht abwärts zum Halse, von hier nach dem Sternum und der Interskapularrinne und an den Armen hinunter. Auch die rascher sich verbreitenden Fälle bleiben hier lange stehen, und diese Aussaat der Krankheit von oben nach unten mit Bevorzugung der genannten Punkte der oberen Körperhälfte ist so charakteristisch, das sie für das Ekzema seborrhoicum geradezu als pathognomonisch gelten kann. Kein andres Ekzem und keine Psoriasis hält diesen Gang ein. Unter abwechselnden spontanen und künstlich herbeigeführten Remissionen breitet sie sich dann langsam, mit sichtlicher Vermeidung der für Psoriasis so charakteristischen Kniegegend, nach unten weiter aus. Meistens bleiben gröfsere Hautstrecken von der Affektion frei, so dafs bei der Neigung derselben zur Scheiben- und Ringform ein sehr buntscheckiges Aussehen entsteht. Dieses hört erst wieder auf in jenen seltenen Fällen, wo nach jahrelangem Bestande buchstäblich der ganze Körper überzogen wird. Dann erinnert die Affektion an eine Pityriasis rubra, unterscheidet sich aber aufser durch den verschiedenen Geruch auf den ersten Blick durch die Dicke, die gelbe Farbe, die Bröckeligkeit und Fettigkeit der Schuppen, weiterhin auch durch ihre Benignität.

Denn selbst in diesen Fällen ist das Allgemeinbefinden nicht mehr gestört als bei universellen Ekzemen überhaupt, und sie enden bei zweckmäfsiger Behandlung nach noch so langem Bestande regelmäfsig in Genesung. Das Ekzema seborrhoicum ist auch dadurch gutartig, dafs es relativ wenig juckende Empfindungen hervorruft. Bei der schuppenden und borkigen Form spüren die Patienten eigentlich nur Jucken und hin und wieder auch Schmerzen an der Peripherie der Flecke, solange dieselben fortschreiten, bei der nässenden Form fast nur, wo frische Papeln aufschiefsen. Die Lymphdrüsen sind nicht notwendig intumesziert. Ich halte es sogar für möglich, dafs ihre Schwellung die Folge von Sekundärinfektionen ist, da ich immer nur die Nackendrüsen und die Inguinaldrüsen geschwollen fand und die Intumeszenz überhaupt häufig vermifste.

Für die Differentialdiagnose kommen hauptsächlich andre chronische Ekzeme und die Psoriasis in Betracht. Ein nässendes chronisches Ekzem irgend welcher Provenienz ist von dem

nässenden seborrhoischen Ekzem nicht anders mit Sicherheit zu unterscheiden, als durch die charakteristischen schuppenden und borkigen Scheiben an der Peripherie und durch die seborrhoische Ursprungsstätte, resp. den Gang der Affektion, denn die besten Charakteristica, die fettigen Borken, die Konfiguration der Scheiben und Kreise, fallen dann ja fort. Für die richtige Behandlung ist diese Erkenntnis aber sehr wichtig. Typische Fälle von universellem, borkigem Ekzema seborrhoicum von universellen Psoriatiden zu unterscheiden, ist nicht schwer. Aber doch treten manchmal bedeutende Schwierigkeiten auf, besonders bei der Differenziierung beider Krankheiten auf den unteren Extremitäten in alten Fällen. Diese Schwierigkeiten werden auch bestehen bleiben, wenn die Kenntnis des seborrhoischen Ekzems eine allgemeine geworden ist. Bis jetzt liegt die Sache freilich anders, und man kann sagen, dafs geradezu fast alle Fälle von universellem, borkigem Ekzema seborrhoicum, unter der falschen Etikette Psoriasis umhergehen und geheilt werden. Ich stütze dieses Urteil nicht auf die Diagnosen von Hausärzten, sondern ich habe in meiner Klinik Gelegenheit gehabt, Patienten an dieser Krankheit zu behandeln, bei denen früher die Diagnose Psoriasis von Fachkollegen gestellt wurde, die ich selbst als Meister in unsrer Kunst verehre. Ich kann deshalb auch nebenbei bezeugen, dafs diese Affektion ebensogut in Rufsland, Skandinavien, England, Holland, Frankreich und Nord-Amerika blüht, wie in Deutschland. Ich glaube mich daher nicht zu irren, wenn ich sage, dafs bei gründlicher Kenntnisnahme des Ekzema seborrhoicum nicht nur ein Teil der Ekzeme genauer erkannt und rascher geheilt, sondern auch ein grofser Teil psoriasisähnlicher Exantheme von der echten Psoriasis abgetrennt werden und einer günstigeren Beurteilung unterliegen wird.

Deshalb ist die Differentialdiagnose zwischen unserm Leiden und der Psoriasis so wichtig. Aufser verschiedenen geringfügigen Momenten sind hier vor allem stets die vier Hauptpunkte eingehend zu berücksichtigen. Erstens: der Gang unsers Ekzems von oben nach unten, meist in der Mitte des Körpers stationär bleibend, bei der Psoriasis die Ausbreitung von Ellbogen und Knieen aus in mehr plötzlicher Weise über den ganzen Körper.

Zweitens: die nie fehlende Vorgeschichte einer oft heimlich und ganz unbekannt verlaufenen seborrhoischen Lokalaffektion. Drittens: der nie fehlende Faktor der Fettbeimischung, der sich in zwei Momenten ausspricht, in dem bekannten, fettig bröckeligen Charakter der Schuppen und in der gelblichen Farbe der ganzen Affektion. Viertens: die eigentümliche Konfiguration der Einzeleffloreszenz im Fortschreiten derart, dafs die dicken Scheiben spontan in der Mitte oder nach einer Seite hin sich abflachen, ihr Rot sich in Gelb, die schuppige Oberfläche sich in eine glatte verwandelt, um plötzlich am Rande wieder in einen erhabenen, roten, schuppenbelegten, bogenförmigen Wall überzugehen. Deshalb ist nun die Differentialdiagnose an den Unterschenkeln gerade so schwierig, weil hier sehr oft die Scheiben in der Mitte nicht einsinken, und das cyanotische Blau aller Unterschenkelaffektionen das spezifische Gelb der Affektion kompensiert. Man stelle also seine Diagnose nach den Effloreszenzen des Oberkörpers.

Aus diesen differentialdiagnostischen Bemerkungen geht hervor, dafs die genaue Diagnose hier auch für die Prognose und Therapie eine grofse Bedeutung besitzen mufs. Und in der That ist die Prognose des seborrhoischen Ekzems wesentlich günstiger als die der Psoriasis. Wir kennen eben die Ursprungsstätte, und diese ist unsern lokalen Mitteln leicht zugänglich. Wenn daher ein noch so schlimmes seborrhoisches Ekzem geheilt ist, so haben wir in der Pflege des Haarbodens, oder eventuell der Augenlider ein sicheres Vorbeugungsmittel gegen einen Rückfall der Erkrankung der übrigen Haut. Schon oft war es mir möglich, auf diesem Wege die Prognose einer bis dahin für Psoriasis und unheilbar gehaltenen Hautkrankheit in eine absolut gute umzugestalten. Wo immer man bei einer universellen Psoriasis Knie und Ellbogen relativ oder ganz frei, die Schuppen gelblich fettig findet, da sollte man sofort Verdacht auf eine nicht richtige Diagnose schöpfen und instinktiv mit Auge und Hand den Haarboden untersuchen.

Damit ist aber nicht gesagt, dafs die Heilung des seborrhoischen Ekzems immer eine leichte Sache sei. Sie ist es schon deshalb nicht, weil bei ihr wesentlich die tiefliegenden Knäuel-

drüsen ergriffen sind, und verlangt oft grofse Konsequenz. Aber wir haben eine Reihe vorzüglicher Mittel gegen dasselbe. Allen voran stelle ich den Schwefel, der fast ein Spezifikum vorstellt. Mit Zink in Form von Salben, Salbenmullen, Pasten und Leimen ist er für die nässende Form das empfehlenswerteste, weil am raschesten wirkende Mittel. Gegen die schuppige und borkige Form wirkt der Schwefel auch gut, noch rascher aber Chrysarobin, Pyrogallol und Resorcin, während Ichthyol hier dem Schwefel weit nachsteht. Sodann haben sich mit den obigen reduzierenden Mitteln in Kombination Salicylsäure und Borsäure bewährt. Dagegen wirken hier die Hebrasche Salbe und die Teerpräparate nur ungenügend. Selbst bei der nässenden Form ist die Zinkschwefelsalbe der Bleisalbe weit vorzuziehen.

Innerliche Mittel habe ich selten nötig gehabt. Von andern Ärzten verschriebenes Arsenik fand ich beim seborrhoischen Ekzem nicht ganz so prompt wirkend, wie bei Psoriasis, obgleich auch hier eine gute Wirkung unverkennbar ist. Da jedoch die lokale Prophylaxis der Ursprungsstätte die Hauptrolle nach der Heilung der Hautkrankheit spielt, so bin ich nicht sehr für die Arsentherapie eingenommen, denn sie führt doch dazu, dafs die Patienten die prophylaktische Haut- und Haarpflege vernachlässigen, ohne welche auch der Arsenik die Recidive nicht verhindert.

Berichte über Versammlungen.

Der II. Kongrefs russischer Ärzte in Moskau.

Derselbe tagte bekanntlich im Januar a. c., jedoch erst vor einigen Wochen erschienen die „Arbeiten des II. Kongresses“ (in 2 dickleibigen Bänden), nach welchen wir eingehender über die in unser Gebiet schlagenden Vorträge berichten wollen, die jedoch nicht nur in der Sektion für Dermatologie und Venerologie, sondern auch in der Sektion für öffentliche Gesundheitspflege und für Ophthalmologie zur Verhandlung kamen.

I. Sektion für Haut- und venerische Krankheiten.

Prof. Stukowenkow (Kiew). **Der Weg zur Klarstellung der rationellen Grundlagen der Hg-Behandlung der Syphilis.** Obgleich bereits seit ca. 400 Jahren das Hg als Spezifikum gegen Syphilis in Gebrauch ist, fehlen uns noch immer die exakt wissenschaftlichen Grundlagen zur Bestimmung, wann man mit der Hg-Behandlung beginnen, wann damit auf-

hören muſs, und welche Methode anzuwenden, alles beruht bisher auf Empirie, meist sogar auf subjektiven Anschauungen oder Autoritätenglaube. Ricords Einfluſs verbreitete die innerliche Anwendung, Sigmund die Inunktion, Lewin die subkutane Methode. Über das Schicksal des Hg im Organismus wuſste man bisher wenig, erst in letzter Zeit fängt sich an, darüber Licht zu verbreiten, und damit beginnt eine neue Ära. Durch die Arbeiten der neuesten Zeit (Bockhart, Welander, Witz, Suchow, Michailowski, Berestowski etc.) haben wir kennen gelernt, wie sich die Hg-Ausscheidung durch den Harn bei verschiedenen Behandlungsweisen verhält, doch wissen wir noch nichts darüber, wie die verschiedenen physiologischen und pathologischen Zustände des Organismus darauf wirken. Daher muſs es die nächste Aufgabe der Syphilidologen sein, die Hg-Harnanalyse der üblichen klinischen Untersuchungsmethode der Syphilitiker einzuverleiben, dann werden auch die oben angeregten Fragen allmählich zur Lösung kommen. Seit 1884 wird auf Stukowenkows Klinik bei jedem Syphilitiker der Harn methodisch untersucht, und ist er zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Die rationellste, sicherste und kräftigste Behandlungsmethode der Syphilis ist die subkutane oder tiefe, muskuläre Injektion löslicher oder unlöslicher Hg-Präprate.

2. Entgegen der Ansicht vieler hält St. das Hg-formamidat für ein sicheres Präparat, welches nicht geringer, wohl aber zuweilen kräftiger wirkt, wie Einreibungen.

3. Nach Beendigung der Injektionskur fährt die Hg-Ausscheidung unausgesetzt fort, bis alle Hg-Spuren aus dem Körper entfernt sind.

5. Die Dauer der Hg-Ausscheidung durch den Harn entspricht der Quantität des eingeführten Hg und dauert sie bei subkutanen Injektionen 1 Monat bis 1 Jahr.

5. Nachdem das Hg aufgehört hat, mit dem Harn ausgeschieden zu werden, kann ein Teil desselben noch im Körper längere Zeit liegen bleiben, wahrscheinlich in Form unlöslicher Salze.

6. u. 7. Diese Depôts können unbegrenzt lange liegen bleiben, doch lassen sie sich durch verschiedene Mittel, z. B. warme Bäder, zur Ausscheidung bringen.

8.—9. Das Hg wird nicht immer in gleicher Quantität ausgeschieden, die verstärkte Ausscheidung im Beginn der subkutanen Behandlung geht proportional dem raschen therapeutischen Erfolge.

10. Frühzeitige Stomatitis nach nur wenigen Hg-Injektionen wird von verstärkter Hg-Ausscheidung im Harn und gutem therapeutischen Erfolg begleitet. (? Ref.)

11. Unter den unlöslichen Präparaten zur subkutanen Injektion ist Hg carbolic. ein ganz brauchbares Mittel.

12. Jodkali vermehrt die Hg-Ausscheidung aus dem Organismus.

Dr. Sirski (Petersburg). **Die Syphilisbehandlung mit Injektionen**

von Hydrargyrum formamidatum. S. hat als Assistent der dermatol. Klinik des Prof. Polotebnoff ca. 300 Pat. (nur Erwachsene) nach dieser Methode behandelt, welchen er ca. 7000 Injektionen zu gr. 1/6 gemacht hat, meist im Ambulatorium. Die Injektionen waren meist wenig schmerzhaft, doch waren Pat. dazwischen besonders empfindlich, 4 sogar sagten sich von dieser Behandlung los. Stomatitis wurde äufserst selten beobachtet, bei einzelnen trat akuter Darmkatarrh auf. Sehr häufig konnte S. nach den ersten Injektionen eine Steigerung des Geschlechtsgefühls konstatieren. Abscesse wurden keinmal beobachtet, wohl aber 5 mal zirkumskripte Hautgangrän. (Ursache derselben wohl mangelhafte, nicht subkutane, sondern kutane Injektion.) Um die Injektionen weniger schmerzhaft zu machen, hat S. dazwischen Kokain (1 %) zugesetzt, meist ist das jedoch unnötig, und traten danach zuweilen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und trübe Stimmung auf. Zum Schlufs plaidiert S. für die subkutane Behandlungsmethode als einzig sichere, die Wahl des Präparates steht erst in zweiter Linie, und hat Hg formamidatum keine besonderen Vorzüge vor den andern löslichen Präparaten.

Dr. P. Beloussow (Odojew). **Über die Formen der Entstehung der primären syphilitischen Affektionen auf die Schleimhaut der Mundhöhle.** Unter der Landbevölkerung Rufslands spielt die extragenitale Infektion bekanntlich eine grofse Rolle, und erfolgt namentlich die Infektion durch die Schleimhaut der Mundhöhle besonders häufig infolge gemeinsamen Lebens und Essens etc. In letzter Zeit sind in dieser Hinsicht verschiedene Arbeiten veröffentlicht. So ergab die statistische Sammlung seitens der Ärzte des Gouv. Rjäsan (2765 Pat.), dafs 26 % per coitum Syphilis erhalten, durch Heredität 5,4 %, durch Säugen 2,2 %, dagegen aber 66,3 % durch gemeinsames Leben mit Infizierten, also im ganzen 74 % extragenitaler Infektion. Dr. Popow fand im Gouv. Kurck 85 %, im Gouv. Wladimir ergab die Enquete (333 Pat.) 91,3 % (davon per os 63,9 %, durch Säugen 2,4 %, Heredität 7,7 %, gemeinsames Leben 17,0 %). Beloussow fand 1884 im Kreise Odojew 88 % (durch Säugen infiziert 1,8 %, Heredität 10,2 %) extragenital Infizierter. Meist bleibt aber die Frage offen, wo die Initialsklerose gesessen und in welcher Form sie sich präsentiert hat. Es bleiben für Letzteres nur 2 Möglichkeiten, entweder mufs man, wie es noch einige thun, die Existenz einer Syphilis d'emblée annehmen, ohne vorhergegangene Invasionsulceration, oder man mufs annehmen, dafs an dem Infektionsorte direkt eine Schleimpapel entstanden, wie das von der Ärztin Jelzina und Dr. Tschistjakow angenommen wurde. B. neigt zu letzterer Ansicht und teilt 8 einschlägige Krankengeschichten mit, die jedoch nicht sehr überzeugend wirken, wie Verf. selbst zugibt. Man gewinnt nur die Überzeugung, dafs (wie übrigens auch am Penis) in der Mundhöhle die Induration zuweilen fehlen kann. Die relativ häufige Infektion durch die Mundschleimhaut erklärt B. durch die leichte Vulnerabilität derselben gegenüber den Hautdecken.

Diskussion: Dr. Stepánow weist darauf hin, dafs er als charakteristisch für die Initialaffektion der Schleimhaut die Herabsetzung ihrer Sensibilität gefunden habe. Dr. Beloussow will dagegen eine gewisse Hyperästhesie beobachtet haben. — Dr. Schirjaew bemerkt dazu, dafs charakteristisch für den Sitz des Initialaffektes an der Nasenschleimhaut, die Schwellung der Mandibular-, namentlich Sublingualdrüsen ist. Die ausgesprochene Induration findet man nur bei Erwachsenen, bei Kindern kommt es gewöhnlich nur zur Bildung von Schleimpapeln. — Prof. Stukowenkow weist darauf hin, dafs man auch an der Haut dazwischen sehr geringe, schnell schwindende Sklerosen sieht, daher kann dasselbe, wenn es auf der Schleimhaut vorkommt, leicht übersehen werden.

Dr. N. Müller (Moskau). **Über die ersten Symptome der hereditären Syphilis.** M. hat diese wichtige Frage auf Grund statistischer Daten, welche er im Moskauer Findelhause gesammelt, zu bearbeiten versucht. Die Diagnose der Syphilis hereditaria ist äufserst schwierig, doch hält M. die Polymorphie der Symptome für besonders charakteristisch. Die Analyse von 1000 Fällen ergab bezüglich der Häufigkeit der einzelnen Erscheinungen folgendes Resultat:

Papulae cutaneae, tubercula mucosae sive papulae humidae	74 %
Rhagades labiorum, angul. oris et ani	70 %
Rhinitis	58 %
Ulcera palati duri	52 %
Roseola	45 %
Lymphadenitis chronica	29 %
Ulcera linguae	27 %
Pemphigus	25 %
Onychiae et Paronychiae	23 %
Excoriationes et fissurae cutaneae	20 %
Laryngitis	17 %
Pseudoparalysis extremitatum	7 %
Ulcera cutanea	4 %
Gingivitis ulcerosa	4 %

Die meisten hered. syph. Kinder zeichneten sich durch Abmagerung aus, waren auch gewöhnlich nicht ausgetragen. Von 1000 hatten nur 6 % ein normales Gewicht (3200 g), 19,5 % hatten ein Gewicht von 3100 g, dagegen 74 % unter 3000 g (davon 35 % unter 2500 g). Der Nabelstrang fällt bei syph. Kindern statt am 4.—5. Tage erst in der 2.—3. Woche ab, offenbar infolge verlangsamten Stoffwechsels. Die angeborene Debilität oder bedeutende Frühgeburt läfst häufig die Erscheinungen der Syphilis erst später auftreten, dann sind sie meist aber hartnäckig. Erschwert wird bei diesen Kindern die Diagnose auch durch den häufig früh auftretenden Soor.

Das Auftreten der ersten Erscheinungen von Syphilis findet nach Kassowitz, Zeissl u. a. am häufigsten im ersten, selten im zweiten Monat statt, ausnahmsweise nach dem vierten Monat. Müller fand bei 62 % seiner

Fälle die ersten Erscheinungen im ersten, bei 22 % im zweiten Lebensmonat. Am allerhäufigsten treten die ersten Zeichen von Syphilis in der dritten Lebenswoche auf (24 %). Die ersten Erscheinungen bestehen besonders in Rhinitis (58 %) und Pemphigus (25 %), obgleich das nicht gerade die häufigsten Symptome der hereditären Syphilis sind, wie die Tabelle zeigt. Da nun aber die Kinder sowohl im Findelhause, wie auch auf ihren Reisen dahin (oft 100 von Kilometern) sehr leicht Schnupfen bekommen können, so ist diesem Symptom keine so grofse Wichtigkeit als erstes Syphilissymptom beizulegen (wie das West und Trousseau thun), sondern nur wenn gleichzeitig auch andre Symptome vorhanden sind. Dauert der Schnupfen dagegen hartnäckig an und gibt dabei Exkoriationen und weicht der üblichen Behandlung nicht in ca. 1½ Wochen, so wird er jedenfalls suspekt. Die syphilitische Rhinitis führt selten zu Knochenzerstörungen (Müller sah das nur bei 4 Kindern), dagegen leidet infolge Verlegung der Nase und erschwerten Saugen oft die Gesamternährung. Gummöse Affektion der Nase bei Neugeborenen ist äufserst selten. Im Gegensatz zur Rhinitis bildet der Pemphigus ein sehr sicheres Syphiliszeichen. Charakteristisch für denselben ist, dafs er häufig in der 1. oder 2. Lebenswoche und vornehmlich an den Sohlen, Handflächen, Fingern und Zehen auftritt und sich dann erst verbreitet. Der artifizielle Pemphigus dagegen beginnt gewöhnlich an den Nates, Oberschenkeln, Bauch und Skrotum.

Ferner hat Pemph. syphilitic. eine besondere Neigung zur Konfluenz, und ist der Blaseninhalt stets trübe und blutig. Die sog. Pneumonia syphilitica, auch wenn sie lobub. aufgetreten, bietet kein diagnostisches Merkmal (kommt auch nur bei 1—2 % der Fälle vor), da sie von der Atelektasis congenita nicht zu differenzieren ist. Die Desquamation gibt ebenfalls keine pathognomonischen Erscheinungen. Die Ulcerationen der Gaumenschleimhaut, wenn es sich um das palat. dur. handelt, müssen auch mit Vorsicht diagnostiziert werden, da man sie leicht mit den bei 80—90 % aller Neugeborenen sogen. Comedones Bohns verwechseln kann, wenn letztere ulceriert und mit Soor bedeckt sind. Ulcerationen der Zunge und Gingiva sind bei kleinen Kindern stets sehr verdächtig, kommen jedoch nicht sehr häufig vor. Sie zeichnen sich durch ihre Hartnäckigkeit aus. Rhagades anguli oris können auch durch Soor entstehen, verdächtig sind sie, sobald sie nach Lapisbeizung nicht heilen, sondern ulcerieren. Besonders verdächtig sind Fissuren der Oberlippen, die bei syph. Kindern besonders frühzeitig auftreten, desgleichen sieht man häufig in den Lippenfalten Schleimpapeln, die Rhagaden bilden, namentlich zu beiden Seiten des Mittelstücks der Oberlippe. Nicht selten flieſsen die Rhagaden auch zusammen und bilden grofse Ulcerationen. Rhagades ani sind nur dann verdächtig, wenn sie sehr hartnäckig jeder Lokaltherapie spotten oder wenn gleichzeitig Papulae perianales vorhanden. Die Laryngitis bei syphilit. Kindern bietet nichts Charakteristisches, wirkliche syph. Affektion gehört zu den grofsen Seltenheiten.

Die von Parrot als sicheres Zeichen der Syphilis hereditaria angesehene Craniomalacia congenita hat nach M. keine besondere Bedeutung. M. fand bei 1 % aller ins Findelhaus gebrachten Kinder Craniomalacia in der 1. Lebenswoche, und doch stellten sich trotz längerer Beobachtungen keine Syphiliszeichen ein. Die Drüsenvergrößerung spielt bei syphilit. Neugeborenen keine Rolle. Meist sind die Inguinaldrüsen wohl vergrößert (jedenfalls aber infolge nahe gelegener Reizherde). Am häufigsten erscheint die hereditäre Syphilis in Form von makulös-papulösem Ausschlag (als erstes Zeichen Papulae bei 28 % und Maculae bei 17,9 %). Der Lieblingssitz sind dabei die unteren Extremitäten, und unterscheiden die Maculae sich von dem Exanthem der Erwachsenen oder der per partum erkrankten Kinder durch Farbe und Sitz. Sie liegen mehr zerstreut, vereinzelt, und haben kirschrote, violette Färbung. (Die älteren Flecke auch grau.) In den Achselhöhlen, am Skrotum, lab. maj. etc. können sie direkt in Papeln übergehen. Im allgemeinem sind die Flecke so charakteristisch, daß sie schwer mit irgend etwas Anderm zu verwechseln sind. Was nun die ersten Erscheinungen der Syphilis hered. betrifft, so wurden beobachtet:

Makulo-papulöses Exanthem bei	46 %
Papulae cutaneae	28 %
Rhagades oris et ani	22 %
Maculae	17,9 %
Rhinitis	12 %
Pemphigus	8 %
Paronychiae	4 %
Pseudoparalysis extremitat.	4 %

Erythema syphiliticum als selbständiges syphilit. Zeichen hat M. nie beobachtet. Ebenso kann man das Ausfallen der Haare, das „alte Gesicht" und die schmutzig-gelbe Färbung der Haut nicht als Zeichen der Syphilis ansehen, da sie auch im allgemeinen bei nicht Ausgetragenen vorkommen.

Die Pseudoparalysis extremitatum ist dagegen ein pathognomonisches Syphiliszeichen, auch wenn sonst alle andern Anzeichen fehlen; es ist jedoch eine ziemlich seltene Erscheinung. Entgegen Parrot fand Müller die Pseudoparalyse häufiger an den obern Extremitäten und zwar doppelseitig. Von echter Paralysis unterscheidet sie sich durch erhaltene Kontraktilität der Muskeln.

Dr. W. Rasumow (Moskau). **Über die Ammenbesichtigung bezüglich der Syphilis.** R. hat gemeinsam mit mehreren Kollegen ein Bureau zur Untersuchung von Ammen eingerichtet, welches nun 5 Jahre besteht und folgendes Resultat ergeben hat. Es wurden 895 Ammen untersucht und davon 223 untauglich und unter diesen 54 mit deutlichen Zeichen von Syphilis, d. h. 6,03 %, befunden. Er fand bei 1 Ulc. indurat. tonsill., 3 Ulc. indurat. mamillae, 29 mit Zeichen papulöser Syphilis und 21 mit Zeichen gummöser Syphilis. — 121 Ammen befanden sich in der

Periode latenter Syphilis, wie R. infolge von verbreiteter Drüsenvergrößerung, Pigmentflecken, Leukoderma, Hautnarben oder häufiger Aborte in der 2. Graviditätshälfte annehmen zu müssen glaubte. — 26 Ammen wurden nicht zum Säugegeschäft zugelassen, weil sie Mamillarfissuren hatten, also von fremden Kindern infiziert werden konnten. Zum Schluß schlägt R. vor, auch in andern Städten derartige Bureaus zu gründen, da die Nachfrage nach Ammen stetig steige, je mehr und mehr sich unsre Frauen das Säugegeschäft abschütteln wollen, leider mit Unrecht.

Dr. A. Stepanow (Moskau). **Unguentum hydrargyri e mollino paratum.** St. hat das von Kirsten in unsern *Monatsheften* 1886 empfohlene Mollin bei einer Reihe von Syphilitikern zu den Einreibungen benutzt und kommt zu folgenden Resultaten: Ung. hydrarg. e mollino parat. läßt sich leichter und schneller einreiben als Ung. ciner. simpl. und wäscht sich wiederum leichter mit Wasser ab. Es reizt nicht und verursacht nie Ekzeme, auch fehlt der bei andern Hg-Salben widerliche Geruch. Dabei tritt das Hg jedenfalls nicht langsamer in den Körper, als bei andren Methoden.

Dr. A. Lantz (Moskau). **Eine Modifikation der Schneiderschen Methode zum Nachweis minimaler Hg-Mengen.** Dieselbe besteht darin, daß L. die ersten, oft mit unbewaffneten Augen nicht sichtbaren Hg-Beschläge mit dem Mikroskop nachweist, folglich kann man somit bereits die geringsten Hg-Spuren konstatieren.

Dr. B. Wilbuschewitsch (Moskau). **Über das Sammeln statistischer Daten über Syphilis.** W. nimmt die bereits auf dem I. Kongreß von Petersen angeregte Frage auf, daß man vor allem in den offiziellen Berichten möglichst darauf achte, Urethritis, Ulcus molle und Syphilis zu trennen und nicht „Syphilis“ als Kollektivbenennung benutze. Ferner verlangt W. für diejenigen Ärzte, welche sich als Spezialisten ausgeben, einen gewissen wissenschaftlichen Census, welcher nachweist, daß der betreffende wirklich längere Zeit unter gehöriger Leitung das Spezialfach betrieben habe.

Ferner berichtet W. über die Patienten seines „Ambulatorium“ pro 1875—86, während welcher Zeit im ganzen 5957 Pat. behandelt wurden (bei mehr als 80 000 Visiten). Unter denselben befanden sich 2950 Syphilitische (2930 Männer, 18 Weiber und 2 Kinder) und zwar mit

	primärer Form	1860
	sekundärer „	660
	tertiärer „	430
Ferner	Ulcus molle	1280
	Urethritis	1200
	Orchitis[1]	300

[1] Ref. meint, dieselben müßten wohl auch zur Rubrik Urethritis gezählt werden.

Zum Schluſs spricht W. den Wunsch aus, alle Ärzte müſsten der med. Verwaltung monatlich Berichte einreichen, in welchen die Zahl der behandelten Venerischen angegeben würde.

Dr. O. Petersen (St. Petersburg). **Über tiefe Injektionen mit Kalomel zur Syphilisbehandlung.** P. beginnt mit kurzer Darlegung der bisherigen Resultate. Von 1864, wo Scarenzio die ersten 8 Fälle publizierte, bis 1882 fand er 560 Fälle mitgeteilt, bei welchen es nicht zur Abscefsbildung gekommen. Mit 1883 beginnt eine neue Periode der Kalomelinjektionen, seit Smirnoff (Helsingfors) die Methode modifizierte. Von 1883 bis Ende 1886 fand bereits 984 Fälle publiziert (mit 2964 Injektionen) [Smirnoff, Watraczevski, Neisser, Lantz, Jullien]. Die günstigen Resultate bewogen P., die Versuche in gröfserem Mafsstabe im Alexanderhospital aufzunehmen, und teilt er seine vorläufigen[2] Resultate dem Kongrefs mit. Von Oktober bis Dezember 1886 wurden 165 Patienten derartig behandelt (meist frische Syphilis) und dabei 265 Injektionen gemacht, die zu folgenden Schlufsfolgerungen führten:

1. Bei allen 3 Perioden der Syphilis geben die Kalomelinjektionen ein äufserst günstiges Resultat, die Heilwirkung steht derjenigen der Inunktion durchaus nicht nach, zuweilen wirken sie schneller und energischer (2 Gran alle 10—14 Tage injiziert, 1—4 mal).

2. Abscesse kommen vor, jedoch nicht häufig, bei Petersen bisher ca. 4 %, ähnlich wie bei Smirnoff und Neisser.

3. Stomatitis wurde in höherem Grade bei 3 %, in geringem Grade bei ca. 10 % beobachtet.

4. Wichtig ist die Beachtung der Kontraindikationen, wie Marasmus, schlechte Ernährung, Herzschwäche, hochgradige Anämie und starke Cariosis dentium. In diesen Fällen mufs man zuerst die Ernährung heben und die Caries behandeln.

5. Die Frage, ob subkutan, ob tief injizieren, möchte P. noch als eine offene bezeichnen.

6. Als Hauptvorzug der Methode möchte P. bezeichnen, dafs sie ein neues Prinzip geschaffen hat, „die Einführung gröfserer Hg-Mengen in längeren Zwischenräumen", und dieses ist namentlich für die Landpraxis von grofser Wichtigkeit. Die Methode selbst mufs noch weiter modifiziert werden, wobei es irrelevant, ob Kalomel, Hydrarg. oxydat. flav. oder andre den Sieg davontragen werden, das neue Prinzip wird jedenfalls durchdringen.

Dr. P. Nikolski (Kiew). **Ekzeme als Resultat von Störungen im Nervensystem.** N. stellt 3 Punkte auf, welche von klinischer Seite für den nervösen Ursprung der Ekzeme sprechen sollen:

1. Koinzidenz der E. mit andern Nervenleiden. Sie werden gleichzeitig beobachtet mit Neuralgien, Rückenmarksleiden, Hysterie, nach

[2] Die eingehendere Mitteilung soll Ende dieses Jahres erscheinen. Ref.

angestrengter geistiger Arbeit und bei Hautkrankheiten sicher nervösen Ursprunges, wie Zona, Pemphigus und Glossy-skin.

2. Lokale Veränderungen der Sensibilität ekzematöser Hautpartien. Rendu wies noch nach, dafs auf denselben das Tastgefühl herabgesetzt, desgleichen das Temperaturgefühl die Schmerzempfindung dagegen meist erhöht.

3. Symmetrie des Auftretens der Ekzeme.

Aus dem Angeführten resultiert, dafs nach Möglichkeit die allgemeine Behandlung des Nervensystems bei der Therapie der Ekzeme einzuführen ist.

Prof. Münch (Kiew). **Über Lepra im Süden Rufslands.** M. gibt nur Bekanntes über Einteilung und Ätiologie der Krankheit, gefolgt von Demonstration von Photographien und mikroskopischen Präparaten. Zahlen fehlen. Genaueres soll in einer demnächst erscheinenden Monographie mitgeteilt werden.

Dr. K. Sirski (St. Petersburg). **Der pathogenetische Zusammenhang zwischen Pemphigus vulgaris, Psoriasis, Ichthyosis, Lichen ruber und Prurigo.** S. macht einige Mitteilungen anatomischer Natur über die vorliegende Frage. Ausführlich wird sie in einer demnächst erscheinenden Arbeit des Prof. Polotebnoff dargelegt werden.

2. Sektion für Ophthalmologie.

Dr. Hagen-Torn. **Die Formen der syphilitischen Keratitis.** Auf Grund von 88 Fällen, die H. in 3 Jahren unter der Landbevölkerung beobachtet, unterscheidet er 4 Formen:

1. Keratitis syphilitica superficialis. Dabei findet meist in gröfserer Ausdehnung eine leichte Trübung des Epithels statt, während die tieferen Schichten klar bleiben. Die Pat. klagen über Undeutlichkeit des Sehens, bald auf einem, bald auf beiden Augen. Sie kommt gewöhnlich bei der erworbenen Syphilis vor.

2. K. syph. superficialis hypertrophica s. pannosa. Dabei kommt meist mehr zentral ein weifslicher, erhabener Fleck vor, bei sonst oberflächlicher Epitheltrübung. Nicht selten kommt diese Form bei atrophischer Cornea der Syphilitiker vor. Die spezifische Behandlung bringt gewöhnlich Besserung, jedoch zeigt sich diese Form durch Hartnäckigkeit aus.

3. K. interstitialis syph. maculata. Diese Form ist vorzüglich von Macnamara beschrieben, an den sich H. überhaupt anlehnt. Dabei kommen 1—10 weifsliche, häufig dreieckige Flecke in der Kornealsubstanz vor. Dieses ist die häufigste Form.

4. K. syph. interst. vasculosa, ebenfalls Macnamara wohl bekannt. Im Anfangsstadium mehr zentral ein weifslicker Fleck und gleichzeitig von einer Stelle der Peripherie ausgehend eine Gefäfsgrube im Kornealgewebe. In höherem Grade ist die ganze Cornea matt gelblichweifs; meist wird diese Form bei hereditärer Syphilis beobachtet.

Gemeinsame Symptome bilden Photophobie, Blepharospasmus, Thränen und mäfsige Schmerzen. Neigung zu Ulceration fehlt. Meist ist nur ein Auge afficiert. — Zum Vergleich der Häufigkeit der Kornealleiden bei Syphilitischen stellt H. folgende Zahlen zusammen: Von 6331 Pat., die nicht syphilitisch, hatten 3,6 % Kornealleiden, von 1932 Syphilitischen 4,5 %.

Dr. S. Tomaschevski (Kiew). **Über Amblyopie während der kondylomatösen Periode der Syphilis.** T. begann vor einiger Zeit Bestimmungen der Sehschärfe bei Syphilitikern und hatte bisher 143 Pat. derartig untersucht (84 mit frischem Exanthem und 51 mit Recidiven). Von den 84 fand er bei 50 (60 %) verschiedene Grade von Abnahme der Sehschärfe. Bei je 19 hatte sie um $^1/_3$—$^1/_2$ abgenommen, bei 9 um $^2/_3$—$^3/_4$, also in bedeutendem Grade. Bei denjenigen, die Verminderung der Sehschärfe von weniger als $^1/_3$ hatten, dauerte sie während der Behandlung noch ca. 12 Tage, bei den höheren Graden von 4 bis zu 42 Tagen. Durchschnittlich erhielt jeder Pat. ca. 16 Einreibungen à 2 g. Die Sehschärfe restituierte sich stets wieder vollkommen, so dafs man nicht annehmen kann, dafs bedeutende lokale Veränderungen vorgelegen. (Leider ist nicht ophthalmoskopiert worden.) Von den 51 Pat. mit Recidiven wurde bei 68,6 % mehr oder weniger bedeutende Abnahme der Sehschärfe konstatiert. Bei 17 Pat. war sie zu $^1/_3$ vermindert. Sie nahm stetig ab, proportional der fortschreitenden Behandlung, und dauerte durchschnittlich 17 Tage. Mit dem Schwund der letzten objektiven Syphiliszeichen war auch die Sehschärfe wieder normal. (Die vorliegende Arbeit verdient jedenfalls durch weitere Beobachtungen geprüft zu werden und zwar im gröfseren Mafsstabe.)

3. Sektion für öffentliche Gesundheitspflege.

Dr. Michailow teilt in seinem Vortrage über **die Thätigkeit der Findelhäuser in Petersburg und Moskau** folgende wichtige Data mit: Von den in das Findelhaus von St. Petersburg Eintretenden sind $1^1/_2$ %, in Moskau $3^1/_2$ % bereits syphilitisch, davon starben 91 % resp. 88 %. Da nun bei 85 % der angeborenen Syphilis innerhalb der ersten 3 Monate die Symptome hervorzutreten pflegen, so ist es unzulässig, dafs die Kinder vor Ablauf dieser Zeit in die Dörfer zum Aufsäugen abgegeben werden; doch wurden z. B. in Moskau 1879 bereits 68 % der gebrachten Kinder vor Ablauf eines Monates wieder ins Dorf zum Auffüttern abgegeben, folglich darunter so und so viel, die Syphilissymptome zeigen und infizieren konnten. Über die Zahl der durch Findelkinder syphilitisch gewordenen Ammen fehlen leider genaue Daten, doch ist sie nicht ganz gering.

Dr. W. Okorokow (Moskau). **Zur Geschichte der gesellschaftlichen Bewegung im Westen Europas und Amerikas gegen Reglementation der Prostitution.** Vortrag, gehalten im Auftrage des Exekutivkomitees der internationalen Föderation der Abolitionisten. Nichts Neues darin enthalten. Er schliefst mit dem Satze: „Im Kampfe mit der Syphilis ist das wirksamste

Mittel — vernünftiger und zweckmäfsiger Kampf mit den Ursachen der Prostitution; man mufs das Niveau der sittlichen, geistigen und ökonomischen Entwickelung des Weibes und der ganzen Gesellschaft heben, die Reglementierung aber thut das Gegenteil. [Ob nicht die Hauptursache in der Existenz verschiedener Geschlechter überhaupt, liegt und diese läfst sich doch nicht abschaffen. Ref.]

Dr. K. Popow (Kursk). **Über die Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Kursk 1884 und 1885.** P. hat nach der einlaufenden statistischen Anzeigekarte alphabetische Verzeichnisse der Erkrankten angefertigt und auf diese Weise ein genaues Material erhalten. Im ganzen kam die Zahl der Syphilit. auf 11 749 Pat. (5038 Männer, 6711 Weiber). Bei 19 % handelte es sich um Kinder[3] unter 5 Jahren; rechnet man diese ab, so bleiben 32 % Männer und 48 % Weiber nach, welche sich wegen Syphilis an die Ärzte gewandt hatten und zwar aus 1430 Orten (48 % aller Dorfschaften). Meist sind jedoch in den einzelnen Familien nur je 1 Syphilitiker, doch gibt es auch solche, wo alle infiziert sind. Bezüglich des Alters bestehen 2 Maxima: 0—5 Jahre (19 %) und 20—30 Jahre (21,6 %). — Unter den Syphilitikern waren die meisten in der sekundären Periode (57 %), die zweite Stelle nimmt die tertiäre (17,4 %) ein. Bemerkenswert ist, dafs bei den Weibern über 25 Jahre die gummöse Periode vorherrscht. Die Infektionsquelle konnte nur bei 35 % nachgewiesen werden, doch führten 78 % derselben die Infektion auf Zusammenleben mit Syphilitischen zurück, und nur 7,9 % auf genitale Infektion. Bei 14,01 % handelte es sich um hereditäre Syphilis. Bezüglich der Zeitperiode seit der Erkrankung bis zur Vorstellung beim Arzt resultierte, dafs die Pat. in 59,9 % erst 1/2 Jahr nach Auftritt der ersten Symptome zur Behandlung gelangten; die Männer kommen früher zum Arzt als die Weiber.

St. Petersburg. Dr. O. Petersen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Demonstration eines Falles von Favus, von Dr. O. Rosenthal. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 32. 1887.) In der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 13. Juli stellte R. einen Fall von Favus deswegen vor, weil Favus in Berlin aufserordentlich selten ist. Der Fall betraf einen jungen Menschen von 19 Jahren, der, ebenso wie sein jüngerer Bruder von 14 Jahren, von frühester Kindheit an dieser Krankheit leidet. Nur der Kopf ist bei beiden befallen; der übrige Körper und die Nägel sind frei. Man bemerkte die charakteristischen Symptome, die schwefelgelben, sehr

[3] Knaben 18,5 %, Mädchen 15,5 %.

zahlreichen Scutula. Das Haar ist infolge des langen Bestandes sehr spärlich und dünn geworden, und der Geruch ist der eigentümlich muffige mäuseartige. Unter dem Mikroskop fand man die mytalinen Fäden und die Gonidien, wie von einer Reinkultur; das Haar war von Achorion Schönleinii durchsetzt. Es fanden sich aber auch Haare, die, abgesehen von den Pilzelementen, wie bei Trichorrhexis nodosa aussahen; sie zeigten knotige, kolbige Anschwellungen und an einer Stelle die charakteristischen besenartigen Zerklüftungen.

Vorstellung eines Falles einer noch nicht beschriebenen Hauterkrankung (Phlyctaenosis aggregata), von Dr. G. Behrend. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 33. 1887.) In derselben Sitzung der Berl. med. Gesellschaft stellte B. einen Fall von Hauterkrankung vor, welche sich durch die Eruption von Bläschengruppen charakterisierte. Die einzelnen Bläschen von dem Umfange eines Stecknadelknopfes stehen aber zuweilen so dicht beieinander, dafs sie miteinander konfluieren. Dieser Bläscheneruption geht eine intensive Röte der Haut voraus. Die Bläschen sind mit einem heftigen Jucken verbunden, so dafs die Patienten sie regelmäfsig zerkratzen und selbst ihrer Nachtruhe beraubt werden. So entstehen dann Gruppen von kleinen ganz flachen Blutkrüstchen, die alsbald abheilen und einen Pigmentfleck hinterlassen. Während nun die eine Bläschengruppe in dieser Weise abheilt, entwickeln sich in ununterbrochener Reihenfolge Bläschengruppen an andern Körperstellen, und so setzt sich die Eruption fort, bis nach einiger Zeit die Haut eine intensiv dunkelbraune Färbung angenommen hat. In Fällen dieser Art, welche lange bestanden haben, sieht man auf einer dunkel pigmentierten Haut Bläschengruppen und Gruppen von runden Blutkrüstchen, sowie Blutkrusten in Streifenform, wie sie durch das Kratzen mit den Fingernägeln hervorgerufen sind. Das Jucken in Fällen dieser Art ist so heftig, dafs die Patienten des Nachts nicht schlafen können. Das Bild ist ein typisches, und es gibt nur 2 Krankheiten, welche mit ihr eine, wenn auch nur geringe Ähnlichkeit haben, das ist der Herpes und das vesikulöse Ekzem. Herpes juckt niemals, höchstens ist er mit einem lästigen Brennen und Stechen verbunden, niemals aber sind die sensiblen Erscheinungen derartig, dafs die Patienten zu kratzen veranlafst werden. Aufserdem ist der Herpes eine Affektion von cyklischem Verlauf, die einmal auftritt, und mit der Eintrocknung ihrer Effloreszenzen erloschen ist, während man es hier mit ununterbrochenen Eruptionen von Bläschengruppen zu thun hat. Das vesikulöse Ekzem unterscheidet sich von dieser Krankheit insofern, als man hier nicht die Übergangsformen hat, welche das Ekzem bei längerem Bestande bildet, den Übergang in Pustelbildung etc. Die Bläschen haben hier nur eine kurze Lebensdauer, trocknen nach einigen Tagen ein, während an andrer Stelle neue Gruppen auftreten. Therapeutisch zeigte sich der Arsenik von günstigem Einfluſs; wenn die Patienten 2—3 Tage lang Arsenik gebrauchten, so verschwand die Eruption vollständig; die Haut wurde glatt und die Patienten waren frei von Jucken;

sobald aber der Arsenik ausgesetzt wurde, fing die Eruption und mit ihr das Jucken von neuem an. B. hat 7 Fälle dieser Art behandelt; eine definitive Heilung hat er nur bei einem einzigen gesehen; nebenbei ist es notwendig, die Reibung und den Druck der Kleidungsstücke fernzuhalten und die Körperteile vor den Einflüssen der Witterung, der Kälte und der Hitze zu schützen. Die spezifische Wirkung des Arseniks weist übrigens auch auf den Unterschied dieser Erkrankung von dem Herpes und dem Ekzem hin und läfst diese Erkrankung als eine ganz typische erscheinen. B. will sie deshalb auch Phlyctaenosis aggregata nennen.

Zur intramuskulären Injektion von Kalomel und Hydrarg. oxydat. flav. bei Syphilis, von Dr. G. Kühn in Kottbus. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 30. 1887.) Verfassers Erfahrungen lauten für die Kalomelinjektion nicht günstig. Benutzt wurde nach der ursprünglichen Formel von Neisser eine Suspension von Kalomel, Natr. chlorat. ā 5,0, Aq. destill. 50,0, Mucil. Gumm. arab. 2,5. Eine, 1 g der Suspension enthaltende Pravaz-Spritze wurde mit einer 4—5 cm langen Kanüle versehen, diese so weit als möglich von der Aufsenseite her vertikal in die Glutäen gestofsen, und die Flüssigkeit mit gleichmäfsigem Drucke entleert. Ein Wattebausch mit Karbollösung bedeckte die Injektionsstelle und wurde von dem Patienten eine Zeit lang fest aufgedrückt gehalten. Massage kam nicht zur Anwendung. Am 1. oder 2. Tage nach den Einspritzungen wurde meistens über heftigen Schmerz geklagt, der häufig das Liegen auf der betreffenden Seite verhinderte. Fast immer entstand in solchem Falle eine beträchtliche Induration, welche zuweilen bis zu einer brettartigen Härte der ganzen Glutäalgegend sich steigerte. Indurationen wurden manchmal noch 3—4 Wochen nach der Injektion konstatiert. Je mehr diese Erscheinungen sichtbar waren, um so mehr machten sich auch allgemeine Reaktionssymptome geltend, als Stomatitis, starke Salivation, allgemeines Unbehagen unter Fieberbewegungen. Durch solche Komplikationen wurde K. gezwungen, bei 10 Personen die Kalomelinjektionen auszusetzen. Nur eine geringe Anzahl von Patienten vertrug die Kalomeleinspritzung fast ebenso gut und zeigte ähnlich geringfügige Reaktion als nach der Lewinschen Sublimatlösung. Abcesse konstatierte K. unter 200 Injektionen 14 = 7 %; Aufbruch erfolgte nicht jedes mal. Die Kalomelsuspension wurde sehr häufig frisch bereitet und vor hellem Licht geschützt gehalten; das Kalomel war, der feineren Verteilung wegen, stets das vapore praeparatum. Wenn die Suspension vor dem Einspritzen tüchtig geschüttelt und die Spritze rasch gefüllt wurde, war offenbar die Verteilung des Kalomel eine recht gleichmäfsige. Die Kanüle wurde in jedem Falle sorgfältig gereinigt, die Spritze einige mal nach dem Gebrauche ausgespritzt, die Hautstelle, wo injiziert wurde, desinfiziert und die Stichöffnung sofort mit einem Wattebausch verschlossen (alles mit Karbollösung). Vorteilhaft sind die Injektionen insofern, als der Erfolg niemals ausbleibt. Es genügten meistens 4—6 Injektionen, in Zwischenräumen von einer Woche; einige mal wurde ein zweiter Abschnitt von

6 Injektionen (im ganzen 12) erforderlich. Zwischen 2 solchen Abschnitten liefs K. längere Zeit verstreichen, um die bei fortgesetztem Gebrauch des Hg entstehende Abschwächung der Wirkung zu paralysieren. Um die Beobachtungen möglichst rein zu halten, wurde während der Injektionskur weder eine lokale Behandlung noch innerlich Jodkali angewandt. In allen Fällen wurde die Eruption der Syphilis abgewartet. Die Erkrankungen bestanden gewöhnlich in Angina, Exanthemen, Kondylomen, seltener in Ulceration der Haut, der Schleimhäute etc. Schliefslich kommt K. zu dem Resultat, dafs die Nachteile der Kalomelinjektion ihn nicht bestimmen konnten, auf diese vorzügliche Injektionsmethode zu verzichten, zumal in der ambulanten Praxis eine Inunktionskur sich oft weniger gut durchführen läfst, als in der Klinik, dem Hospital etc. Die von Watraszewski empfohlene Injektion von Hydr. oxyd. flav. hat K. bei 23 Personen mit 80 Injektionen versucht, und war der Unterschied von den Kalomelinjektionen sehr bald auffällig. Die Indurationen waren gering, verschwanden bald, Stomatitis und Abscesse kamen nicht vor, Schmerzen unbedeutend. Die Erfolge sind anscheinend gleich gute, wie bei Kalomel.

Zur Kenntnis der Mikroorganismen im Inhalt der Pockenpusteln, von Dr. P. Guttmann. (*Virchows Archiv.* Bd. 108.) G. hatte in der letzten Zeit Gelegenheit gehabt, den Mikroorganismengehalt von Pockenpusteln an 3 Kranken zu untersuchen, und zwar war die Pockenaffektion in 2 Fällen eine schwere, über den ganzen Körper ausgedehnt, im 3. Falle eine ganz leichte (Variolois). Im ersten Falle wurden aus 12 gut entwickelten Pockenpusteln in 13 Gläsern mit Fleischwasser-Pepton-Agar Strichimpfungen auf der schräg erstarrten Agar-Oberfläche gemacht. In 10 Gläsern entwickelten sich nach 1—2 Tagen im Brutschrank ziemlich zahlreiche, teils weifsgraue, teils blafsgrüngelbliche Kolonien; 3 Gläser blieben steril. Es wurden Impfungen auf Gelatine, Agar, auch Blutserum gemacht und zur Sicherstellung der gewonnenen Reinkultur das Plattenverfahren angewendet. Es wurden auf diese Weise 2 Kokkenarten, eine gelbliche, zitronenfarbige mit grünlichem Schimmer, und eine weifse erhalten. Die Eigenschaften des ersten Kokkus in bezug auf Farbe, im Verein mit Nichtverflüssigung der Gelatine, mikroskopischem Bilde und nicht pathogener Wirkung, sind dieselben wie die des Staphylococcus viridis flavescenz. Die zweite aus dem Pockeninhalt gewonnene Kokkenart bildet weifse, oder eigentlich weifsgraue Kolonien auf Agar. Die Gelatine verflüssigt dieser Kokkus nicht, er wächst langsam, nicht über den Impfstich hinaus. Er ist ein mittelgrofser, gewöhnlich in Haufen liegender Kokkus. Er ist für Tiere nicht pathogen. Von der zweiten, 59jährigen Patientin wurden aus 3 Pusteln Strichimpfungen gemacht, wobei sich in 4 Gläsern weifsliche Kolonien in spärlicher Zahl entwickelten, 2 blieben steril. Daraus wurden Reinkulturen eines die Gelatine nicht verflüssigenden Kokkus erhalten und zwar desselben, der auch in dem ersten Pockenfalle gefunden worden war. Er ist nicht pathogen. Aus einer zweiten Abimpfung auf Agargläser wurde ein die Gelatine ver-

flüssigender Kokkus erhalten, der dem Staphylococcus pyogenes albus gleich war. Tierversuche bestätigten dies. Vom 3. Falle der Variola wurden 7 Pusteln geöffnet und aus jeder 1 Agarglas geimpft. In 5 Gläsern entwickelten sich weifse Kolonien, sämtlich in der Farbe gleich aussehend, 2 Gläser blieben steril. Bei der weiteren Durcharbeitung ergab sich ein Kokkus, der auf Agar weifse Kolonien bildet, die Gelatine nicht verflüssigt, mikroskopisch meistens in Haufen gelagert ist und etwa die gleiche Gröfse, wie die Eiterkokken, zeigt. Er schien identisch zu sein mit dem in den beiden andern Variolafällen erwähnten, weifse Kolonien auf Agar bildenden, für Tiere nicht pathogenen Kokkus. Es sind also aus dem Pockeninhalt der 3 Kranken 3 Kokkenarten kultiviert worden, von denen die eine, der Staphylococcus pyogenes albus, pathogen ist, die beiden andern, der grüngelbe und der weifse, nicht pathogen sind. Zu diesen 3 Kokkenarten kommt noch hinzu der früher schon gefundene Staphylococcus pyogenes aureus. Mit Sicherheit läfst sich voraussagen, dafs mit den 4 gefundenen Kokkenarten die Gesamtzahl der verschiedenen Arten nicht erschöpft sein wird, welche im Pockeninhalt vorkommen. Die gefundenen Kokken sind aber die Ursache der Eiterung in den Pockeneruptionen.

Berlin. L. Hoffmann.

---

60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden.

Sektion für Dermatologie und Syphilis.

Ferner angemeldete Vorträge:

Kopp (München): Über Keratosis congenita universalis.

Kühne (Wiesbaden): Demonstration mikroskopischer Präparate von Lepra und Mykosis fungoides.

Lassar (Berlin): Über Sozojodol.

Medizinischer Kongrefs in Pavia (Italien).

19.—25. September 1887.

Sektion für Dermatologie und Syphilographie.

Angemeldete Vorträge:

Manassei (Rom): Pathogenesis, Morphologie, Pathologie und Therapie des Lichen.

Campana (Genua): Haut- und Schleimhauttuberkulose der äufseren Genitalien.

— Trichophyton tonsurans marginale.

Majocchi (Parma): Dermo-Aktynomykosis bei Menschen und Tieren. Klinische und mykologische Untersuchungen.

— Über papilläre, multiple, präaurikuläre Hautkeratome.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 19. 1. Oktober 1887.

Über sekundäre Infektion (Mischinfektion) bei Harnröhrentripper.

Von

Dr. Max Bockhart

in Wiesbaden.

Kurz nach der Entdeckung der Gonokokken durch Neisser war man natürlich leicht geneigt, die im Anschlusse an eine Gonorrhöe der Harnröhre entstehenden Entzündungen andrer Gewebe und Organe, welche man früher Trippermetastasen nannte, auf eine Einwanderung der Gonokokken zurückzuführen. Zu dieser Annahme entschloſs man sich um so eher, als man durch dieselbe den bis dahin unklaren und auch vielfach bestrittenen Zusammenhang einiger der sogenannten Trippermetastasen — z. B. des Tripperrheumatismus — mit der Gonorrhöe der Harnröhre besser zu verstehen glaubte. Ich selbst habe im Jahre 1882 diese Anschauung vertreten, indem ich annahm, die Gonokokken könnten von der erkrankten Harnröhrenschleimhaut aus auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen in entferntere Organe oder Gewebe gelangen, wo sie alsdann wiederum gonorrhoische Entzündungen hervorrufen würden.

Man hat nun in der That die Gonokokken in den Entzündungsprodukten einer Anzahl der sog. Trippermetastasen nachgewiesen. So hat M. Wolff[1] die Gonokokken im Eiter eines Tripperbubo gefunden; ich[2] sah sie im Eiter von Nierenabscessen,

[1] Cit. bei Bockhart, Beitrag zur Ätiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers. *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1883.

[2] l. c.

welche sich im Anschlusse an eine heftige Gonorrhöe der männlichen Harnröhre entwickelt hatten; PETRONE[3] und KAMMERER[4], SONNENBURG[5], SMIRNOFF[6] u. a. fanden die Gonokokken bei gonorrhoischer Gelenkentzündung im Gelenkexsudate; WELANDER[7] gelang der Nachweis von Gonokokken im Eiter von periurethralen und lymphangitischen Abscessen, die sich im Anschlufs an Harnröhrentripper entwickelt hatten.

Diesen positiven Befunden stehen aber gewichtige negative gegenüber. So konnte u. a. LEISTICOW[8] Gonokokken bei Tripperbubonen und Tripperrheumatismus nicht nachweisen. Am wichtigsten sind die negativen Befunde HASLUNDS.[9] HASLUND vermifste im Gelenkexsudate aller von ihm untersuchten Fälle von gonorrhoischem Rheumatismus die Gonokokken. Dagegen fand HASLUND in allen diesen Fällen zu Klumpen und kurzen Ketten gruppierte Kokken, wie man sie in allerlei Eiter finden kann. Später hat auch HOFFA[10] in einem Falle von eiteriger Kniegelenkentzündung bei chronischer Gonorrhöe nicht Gonokokken, sondern Eiterkokken — den Staphylococcus pyogenes aureus — im Gelenkexsudate nachgewiesen. HOFFA fand ferner in zwei Fällen von suppurativen Leistenbubonen infolge von frischer Gonorrhöe ebenfalls nicht Gonokokken im Eiter, sondern Eiterkokken — den Staphylococcus pyogenes aureus und albus.

Was speziell die Pathogenese des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus, eine der wichtigsten der sog. Trippermetastasen, betrifft, so hat schon GERHARDT[11] darauf hingewiesen, dafs diese Erkrankung entweder als eine Mischinfektion zu betrachten sei, bei der die Urethra nur die Eingangspforte gebildet hat für

---

[3] Sulla natura dell'artrite blennorragica. *Rivista clinica.* 1883.

[4] Über gonorrh. Gelenkentzündung. *Centralbl. f. Chirurgie.* 1884.

[5] Diskussion zu FRÄNKELS Demonstration eines Falles von Rheumatism. gonorrh. Ges. der Charité-Ärzte. *Berl. klinische Wochenschr.* 1886.

[6] Zur Ätiologie der gonorrh. Arthritis. *Wratsch.* 1886. Ref. *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1887.

[7] Quelques recherches sur les microbes pathog. de la blennorrh. *Gaz. med.* 1884.

[8] Über Bakterien bei venerischen Krankheiten. *Charité-Annalen.* 1882.

[9] Beitrag zur Pathogenese des gonorrhoischen Rheumatismus. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1884.

[10] Bakteriologische Mitteilungen etc. *Fortschritte der Medizin.* 1886.

[11] Über Rheumatoiderkrankungen. *Deutsche med. Wochenschr.* 1886.

andre Organismen, die mit eingedrungen sind, oder aber als Larve einer Infektionskrankheit. Loeb[12] führte die Entstehung des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus geradezu auf eine Einwanderung der Eiterkokken von der gonorrhoisch affizierten Harnröhre aus in die erkrankten Gelenke zurück. Nach Loebs Anschauung eröffnet der primäre Krankheitsprozefs in der Harnröhre, die gonorrhoische Entzündung, den Eiterkokken die Möglichkeit zu einer sekundären Infektion des Organismus. Loeb bezweifelt, dafs die Gonokokken selbst die Rheumatoiderkrankung der Gonorrhoiker verursachen. Fränkel[13] dagegen will den direkten Einfluſs der Gonokokken bei der Entstehung des gonorrhoischen Rheumatismus nicht ganz von der Hand weisen und meint, dafs sehr wohl beide Möglichkeiten bestehen können, nämlich primäre Entzündung der Gelenke unter dem Einfluſs der spezifischen Mikroben, und sekundäre Einwanderung der gemeinen Eiterung erregenden Kokken in einem späteren Stadium der Entzündung. Das Auftreten der Iritis in einzelnen Fällen von Arthritis gonorrhoica dürfte kaum anders als durch Metastase des echten Trippervirus zu erklären sein.

Es liegt also, wie man sieht, aus den letzten Jahren eine Reihe von Beobachtungen vor, nach welchen, wenigstens in den betreffenden Fällen, die Entstehung der sog. Trippermetastasen auf eine direkte Einwirkung des spezifischen Trippervirus zurückgeführt werden muſs. Aber man hat auch teils durch bakteriologische Untersuchungen, teils durch theoretische Erwägungen Anhaltspunkte genug gewonnen für eine hinreichend begründete Theorie vom Zustandekommen eines Teiles der sogen. Trippermetastasen durch sekundäre Infektion, d. h. durch eine Art der Infektion, bei welcher die gonorrhoisch erkrankte Urethra nur die Eingangspforte für andre pathogene Organismen bildet (Mischinfektion, Gerhardt).

Ich werde im folgenden zwei Fälle von sogen. Trippermetastase mitteilen, deren Entstehung auf sekundäre Infektion

[12] Über Rheumatoiderkrankung der Gonorrhoiker. *Deutsches Archiv f. kl. Med.* 1885.

[13] Zur Lehre von der gonorrhoischen Rheumatoiderkrankung. *Charité-Annalen.* 1886.

zurückgeführt werden muſs. Dieselben bilden daher eine weitere Stütze für die eben erwähnte Theorie vom Zustandekommen einer Anzahl der sog. Trippermetastasen durch sekundäre Infektion.

1. Suppurativer Tripperbubo.

L. L., 19 Jahre alt. Gonorrhoisch infiziert am 2. Febr. 1886. Zum erstenmal tripperkrank.

Ich sah den Kranken zuerst am 10. Februar 1886. Sehr heftige Gonorrhöe: Eichel mächtig geschwollen; Vorhaut ödematös; reichliche Eitersekretion aus der Harnröhre; Urinieren sehr schmerzhaft; Lymphangitis dorsi penis; Lymphdrüsen der rechten Inguinalgegend geschwollen (ca. haselnuſsgroſs) und schmerzhaft 15. Febr. Eine Lymphdrüse der rechten Inguinalgegend nuſsgroſs; die Haut über ihr gerötet und mit ihr verlötet. 17. Febr. Deutliche Fluktuation im Bereiche dieser Drüse. Incision derselben. Es entleeren sich ca. 2 Theelöffel voll grünen, dicken Eiter.

Der Eiter enthielt, wie die mikroskopischen Trockenpräparate von demselben zeigten, nur Staphylokokken und zwar in mäſsig groſser Anzahl. Einzelne Kokken lagen im Protoplasma von Eiterzellen. Keine Gonokokken und auch keine anderweitigen Bakterien.

Züchtungsversuche mit diesem Eiter ergaben a. in gewöhnlichen Gelatineplatten und bei Zimmertemperatur nur Kolonien von Staphylococcus pyogenes aureus und keine von andern Bakterien. Von diesen Kolonien des Staphylococcus pyog. aur. wurde sodann auf Agar-Agar- und Gelatinenährboden in Reagensgläsern weitergeimpft; b. in Blutserum-Agar-Agar-Platten und auf reinem Blutserum und im Brütofen: keine Kolonien von Gonokokken oder andern Bakterien, sondern ebenfalls nur solche von Staphylococcus pyog. aur.

2. Periurethraler Abscefs.

v. R., 24 Jahre alt. Gonorrhoisch infiziert 21. März 1887. Zum erstenmal tripperkrank.

Ich sah den Kranken zuerst am 27. März. Ziemlich heftige Gonorrhöe. Urethralmündung und Eichel ziemlich geschwollen. Reichliche Eitersekretion aus der Harnröhre. Urinieren schmerzhaft. 3. April. Die früher heftigen Entzündungserscheinungen haben etwas nachgelassen. 8. April. Die Eichel seit gestern (7. April)

wieder mehr geschwollen, gerötet und schmerzhaft. Die Vorhaut leicht ödematös. An der unteren Fläche des Gliedes, im Sulcus coronarius, links neben dem Frenulum eine etwa erbsengroſse, schmerzhafte, ziemlich derbe Geschwulst. Die Eitersekretion aus der Harnröhre ist gering. 14. April. Die eben genannte Geschwulst ist heute haselnuſsgroſs, die sie bedeckende Haut mit ihr verwachsen und gerötet. Deutliche Fluktuation in der Geschwulst. Incision derselben. Es entleert sich etwa ein halber Theelöffel dicker, grünlicher Eiter. Zwischen der Abscesshöhle und der Harnröhre besteht keine wahrnehmbare Kommunikation.

Der Eiter enthielt, wie mikroskopische Trockenpräparate von demselben ergaben, keine andern Bakterien als Staphylokokken. Dieselben waren in ziemlich groſser Anzahl vorhanden. Einige Eiterzellen enthielten in ihrem Protoplasma je eine kleine Gruppe dieser Kokken — 2—10 Exemplare; diese kokkenhaltigen Eiterzellen sind jedoch deutlich von gonokokkenhaltigen Eiterzellen verschieden.

Züchtungsversuche mit diesem Eiter ergaben: a. in gewöhnlichen Gelatineplatten und bei Zimmertemperatur nur Kolonien von Staphylococcus pyogenes aureus und keine von andern Bakterien. Diese Eiterkokken wurden sodann aus der Platte in Nährböden von Agar-Agar und Gelatine in Reagensgläschen weiter gezüchtet; b. in Blutserum-Agar-Agar-Platten und auf reinem Blutserum und im Brutofen: keine Gonokokken, auch keine andern Bakterien, sondern ebenfalls nur Kolonien von Staphylococcus pyogenes aureus. —

Nach dem eben mitgeteilten Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung kann es nicht zweifelhaft sein, daſs in diesen beiden Krankheitsfällen nicht Gonokokken, sondern Eiterkokken — und zwar der Staphylococcus pyog. aur. — die Ursache dieser Trippermetastasen — des suppurativen Bubo und des periurethralen Abscesses — waren. Die Eiterkokken sind beide mal offenbar zufällig auf die erkrankte Harnröhrenschleimhaut gelangt; sie sind alsdann durch die Lücken im Epithel der gonorrhoisch affizierten Urethralschleimhaut in tiefer liegende Partien derselben gelangt und von hier aus wohl durch den Lymphstrom in jene Gewebsteile gebracht worden, in denen sie schlieſslich eiterige Entzündung

hervorriefen. Das ist nun eben der Vorgang, den wir sekundäre Infektion oder Mischinfektion nennen.

Die Eiterkokken, der Staphylococcus pyogenes aureus und albus, finden sich nicht allein im eiterigen Inhalte der von ihnen verursachten sog. Trippermetastasen, sondern sie finden sich auch im Harnröhreneiter bei Trippern, die in ihrem ganzen Verlaufe nicht durch sog. Trippermetastasen kompliziert werden, also auch bei ganz einfach und so zu sagen normal verlaufenden Trippern. Und sie finden sich hier sogar verhältnismäfsig häufig.

Ich habe schon früher[14] einmal beiläufig erwähnt, dafs ich im Trippereiter den Staphylococcus pyogenes aureus und albus gefunden habe, und ich habe später[15] auf Grund fremder und eigner Beobachtungen gezeigt, dafs diese Eiterkokken zu den verbreitetsten pathogenen Organismen gehören, ja sich auf der gesunden, normalen Haut des Menschen und im Schmutze unter den Fingernägeln finden. Es kann daher freilich auch nicht wunder nehmen, wenn man sie verhältnismäfsig häufig selbst im Trippereiter antrifft.

Ich habe den Harnröhreneiter von 45 Fällen von akutem Tripper des Mannes nach dem Plattenverfahren auf das Vorkommen von solchen Bakterien hin untersucht, die sich aufser den Gonokokken hier finden würden. In fünf dieser Fälle fand ich die Eiterkokken im Harnröhreneiter und zw. 3 mal den Staphylococcus pyog. aureus allein, 2 mal den aureus und den albus zusammen. Ich will hierzu noch bemerken, dafs zu diesen Untersuchungen Trippereiter aus dem vorderen Teile der Fossa navicularis genommen wurde, und dafs ich in jedem Falle zwei Plattenuntersuchungen zu verschiedenen Zeiten vornahm. In jenen 5 Fällen, in denen ich die Eiterkokken im Trippereiter fand, sah ich sie immer nur in einer der beiden Platten. Da zwischen den beiden Plattenuntersuchungen in diesen Fällen immer ein Zeitraum von 4—8 Tagen lag, so kann man aus einem

---

[14] Beitrag zur Kenntnis der Gonokokken. *Monatsh. f. pr. Dermatologie.* 1886.

[15] Über die Ätiologie und Therapie der Impetigo etc. *Monatsh. für pr. Dermat.* 1887.

solchen Verhalten der Eiterkokken schliefsen, dafs sie möglicherweise häufig nur vorübergehend im Trippereiter sich aufhalten.

Aufser den Eiterkokken fand ich aber in allen 45 Fällen und bei jeder Plattenuntersuchung noch eine Anzahl andrer Bakterienarten. Nie fand ich unter 2 und nie über 5 andrer Bakterienarten. Nur einmal, als ich eine feuchte Eiterkruste vom Orificium der Harnröhre untersuchte, fand ich 7 andre Bakterienarten, darunter jedoch keine Eiterkokken. Zwei dieser Bakterienarten, einen feinen Bacillus und einen grofsen Kokkus, fand ich ziemlich konstant.

Man sieht, in der gonorrhoisch erkrankten Harnröhre ist zu sekundärer Infektion Gelegenheit genug gegeben. Trotzdem kommt eine derartige sekundäre Infektion nicht so gar häufig vor. Den Bakterien ist das Vordringen durch die entzündete Schleimhaut sehr erschwert. In derselben liegt ein wahrer Wall von weifsen Blutzellen, der die Bakterien am Vordringen in die Tiefe hindert. Die weifsen Blutzellen selbst suchen die Bakterien in sich aufzunehmen, zu fressen und zu zerstören. Ferner bilden die Eiterzellen mit dem sie umgebenden Serum gewissermafsen einen Strom, der sich nach aufsen ergiefst und gegen den zu schwimmen den Bakterien auch nicht leicht sein dürfte. Man sieht übrigens, die weifsen Blutzellen in der gonorrhoisch erkrankten Harnröhrenschleimhaut haben nicht allein gegen die Gonokokken, sondern auch noch gegen eine Anzahl andrer pathogener Mikroorganismen anzukämpfen. Denn die Eiterkokken dürften nicht die einzigen Erreger sekundärer Infektionen im Verlaufe des Trippers sein. Welche pathogenen Bakterien aufser den Eiterkokken sekundäre Infektion zu erregen im stande sind, mufs noch untersucht werden.

Aus demselben Grunde, aus dem sekundäre Infektion nicht so gar häufig vorkommen kann, nämlich infolge der Thätigkeit der weifsen Blutzellen, können auch wirkliche Verschleppungen der Gonokokken von der Harnröhre aus in entferntere Teile des Organismus auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn nicht so sehr häufig sein. Und in der That sind auch alle die sog. Trippermetastasen im Verhältnis zu der enormen Häufigkeit des auf die Harnröhre beschränkten gonorrhoischeu Prozesses, wenn auch ge-

wifs keineswegs seltene, so doch auch keine sehr häufigen Erscheinungen; und sie lassen sich aufserdem fast immer zurückführen auf unzweckmäfsige Behandlung oder auf unzweckmäfsiges eignes Verhalten des tripperkranken Patienten, Momente, durch welche die erwähnte, den Organismus vor dem Eindringen von Bakterien aus der gonorrhoisch erkrankten Harnröhre schützende Thätigkeit der weifsen Blutzellen illusorisch gemacht werden kann.

Die Rolle, welche die sekundäre Infektion in der Ätiologie der sogenannten Trippermetastasen spielt, ist im allgemeinen noch wenig gewürdigt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dafs die sekundäre Infektion von viel gröfserer Bedeutung für die Entstehung dieser Komplikationen des Trippers ist, als die Gonokokken. Indes müssen über diese Frage noch eingehende Untersuchungen angestellt werden.

Zur Kasuistik des Lichen ruber. Lichen ruber in Ungarn.

Von

Dr. S. Róna

in Budapest.

Die Lichenfrage steht jetzt fast überall auf der Tagesordnung, fast in jedem Lande beschäftigt die Lehre des Lichen ruber die Dermatologen, und so glaube ich, dafs ich durch Veröffentlichung einer Reihe von mir in Ungarn beobachteter Fälle keine unnütze Arbeit verrichte. Um aber dem Vorwurfe der Einseitigkeit aus dem Wege zu gehen, suchte ich die einschlägige ungarische Litteratur und die illustren Vertreter der ungarischen Dermatologie, die Herrn Prof. Geber und Schwimmer, zu Rate zu ziehen. Ich übergebe die beobachteten Fälle und die mitgeteilten Erfahrungen benannter Dermatologen ohne Kommentar der Öffentlichkeit, weil ich auf diese ganze Arbeit in meiner „Kritischen Übersicht der Lehre der Lichen ruber-Gruppe“ eingehend zurückkomme.

Ich habe im ganzen seit 1881 18 Fälle von Lichen ruber beobachtet, davon je 2 in Wien und Berlin und 14 in Ungarn.

Von diesen 14 Fällen beobachtete ich 7 Fälle auf der Poliklinik und Abteilung des Herrn Prof. SCHWIMMER während meiner Dienstzeit und verdanke auch die Veröffentlichung dieser Fälle der Freundlichkeit des obgenannten Herrn Professors. Einen Fall sah ich nur einmal (vorgestellt im ärztlichen Vereine zu Budapest durch Herrn Dr. HAVAS), die übrigen 6 sind meine eignen Fälle.

Die 4 im Auslande beobachteten Fälle wurden mit dem Namen Lichen ruber planus demonstriert und entsprachen der Beschreibung von WILSON.

Die 14 in Ungarn beobachteten Fälle sind folgende:

1. Fall. Am 24. Juni 1884 stellte ich folgenden Fall mit der Diagnose Lichen ruber aus der Abteilung des Herrn Prim. HOCHHALT im ärztlichen Vereine zu Budapest vor.

Ein 25jähriger Taglöhner leidet seit 20 Jahren an einer mäfsig juckenden Hautkrankheit. Die Krankheit entwickelte sich unter Remissionen und Intermissionen bis zu ihrem heutigen Stadium, ohne merkliche Störungen in der Lebensweise des Patienten hervorzurufen. Patient konnte dabei die schwersten Arbeiten verrichten, nur wenn die Krankheit exacerbierte, ging er auf einige Wochen in ein Spital, von wo er mit gebessertem Zustande hinausging. Heftigeres Jucken verspürte er nur, wenn er schwitzte. Seine Eltern waren nie hautkrank, hingegen litten seine 2 Brüder, welche im Jahre 1866 an der Cholera starben, an chronischen Hautkrankheiten, deren Charakter aber Patient nicht näher angeben kann.

Status praesens. Das Gesicht, Hände und Füfse ausgenommen ist fast die ganze Haut rot infiltriert, schuppend. Näher betrachtet sieht man, dafs die mit feinen, dünnen Schuppen bedeckten infiltrierten Stellen durch aneinandergereihte hirsekorn- bis hanfkorngrofse rundliche oder glatte solide Knötchen entstanden sind und auch da, wo die Knötchennatur nicht durch das Auge zu ermitteln war, fühlte die darüber geführte Hand eine holzartige, rauhe Oberfläche. Diese diffus infiltrierten Stellen bedeckten sich mit kleienartigen bis nagelgrofsen feinen weifsen Schuppen, welche nur teilweise nicht abzustreifen waren. Am Nacken, um die Handgelenke, an den Unterschenkeln konnte man einzelne charakteristische Primäreffloreszenzen beobachten. Diese waren hirsekorngrofse oder gröfsere, rundliche, braunrote bis livide, nicht glänzende, die meisten mit einem Schüppchen bedeckte Knötchen; es waren unter ihnen halblinsengrofse und gröfsere sehr flache Infiltrate — plaques —, deren Mitte eingesunken war, mit zerklüfteter Epidermis. Die Kopfhaut zeigt weder eine Infiltration noch Knötchen, aber sie ist mit kleienartigen Schuppen bedeckt. Die Haare sind sehr schütter. An einzelnen nicht infiltrierten Stellen sieht man tiefbraune Pigmentationen.

Den Nägeln, den Schleimhäuten wurde meinerseits keine Aufmerksamkeit geschenkt. Der Kranke war etwas abgemagert, aber sonst ganz gesund.

Verlauf. Am Tage der Vorstellung stand Patient schon seit sechs Wochen in Behandlung. Er nahm Teereinreibungen vor mit Bädern ohne jeden Erfolg. Die Schuppen lösten sich zwar ab, die Haut wurde geschmeidiger, aber nach 5—6 Tagen nach dem letzten Bade bekamen wir wieder das obengeschilderte Aussehen. Nach der Vorstellung liefs ich Patienten täglich zweimal mit Unnascher Salbe einreiben und reichte innerlich asiatische Pillen u. z. 3 St. pro die, jeden fünften Tag mit einer Pille steigend. Nach zwei Wochen wurde Patient bedeutend gebessert entlassen. Nach zwei Monaten sah ich Patienten mit verschlimmertem Zustande wieder. Er wollte um keinen Preis mehr ins Spital kommen. Die Haare waren noch schütterer und die Nägel der Finger an den freien Enden verdickt, rissig mit weifsen und schwarzen Streifen. Seither sah ich ihn nicht mehr.

2. Fall. J. K., 14jähr. Mädchen, Bürgerskind, kam am 14. Septbr 1884 auf die Abteilung des Herrn Prof. Schwimmer. Diesen Fall stellte Prof. Schwimmer mit der Diagnose: Lichen ruber planus dem ärztlichen Vereine zu Budapest vor.

Patientin war früher stets gesund, seit Juni 1884 ist sie hautkrank; kein Jucken vorhanden.

St. praes. Das brünette Mädchen war seinem Alter entsprechend gut entwickelt, von roter Gesichtsfarbe, lebenslustig. Ihre Haut zeigte folgende Veränderungen. Den Hals, die Kopfhaut, Schamgegend und Brust ausgenommen war fast die ganze Haut mit braunroten hirsekorn- bis linsengrofsen, mit fest haftenden feinen, weifsen Schüppchen bedeckten infiltrierten Flecken dicht besät. An vielen, diesen Pigmentflecken entsprechenden Stellen ist die Haut atrophisch. An den Handflächen und Fufssohlen sind ähnliche mehlartig schilfernde Flecke. An der Stirne, an der Oberlippe, an den Brustdrüsen, am Rücken sind einige einzeln stehende hirsekorngrofse, braunrote, wachsartig durchschimmernde, harte, konisch zugespitzte, an der Spitze mit einem kleinen Schüppchen versehene Knötchen zu sehen. Nach Entfernung des Schüppchens, kam eine seichte nadelspitzgrofse Vertiefung zum Vorschein, welche Vertiefung einer Follikelmündung entsprach. Die Nägel waren rein, gesund; die Lymphdrüsen nicht intumesziert; Mundschleimhaut normal. Das Mädchen war eine Virgo intacta.

Verlauf. 2 Wochen lang wurde Pat. nur äufserlich mittels Unnascher Salbe behandelt, welche aber, weil gar kein Jucken vorhanden war, folgendermafsen modifiziert wurde: ℞ Subl. corr. 0,20, Acid. carbol. 1,0, Axungiae 100,00.

Der Ausschlag besserte sich während dieser 2 Wochen nicht wesentlich. Von da an nahm Pat. bis 4. Januar 1885 250 cg Arsen in 500 Pillen.

Während dieser Zeit traten nur einzelne neue, etwas konisch zugespitzte, schuppenlose, den oben beschriebenen ähnliche Primäreffloreszenzen

auf. Zur Nachkur diente einige Wochen hindurch wieder die Unnasche Salbe, später dann wieder Arsen. Kein Jucken während der ganzen Krankheit. Völlige Gesundheit aller übrigen Organe. Am 4. Juni 1885 verliefs Patientin gänzlich geheilt, nur mit sehr wenigen sehr blassen Pigmentflecken, die Abteilung.

3. Fall. Ein 40jähr. Bauer wurde im Jahre 1884 in einem der Sommermonate auf die Abteilung des Herrn Prof. Schwimmer mit einer fast universellen Hautkrankheit aufgenommen. Es war dies eine allgemeine Knötcheneruption, welche seit 6 Wochen unverändert bestanden haben soll. Die Knötchen schossen dort auf, wo Haare vorhanden waren, und verbreiteten sich langsamerweise auf den ganzen Körper.

Als ich den Kranken sah, war, die Gesichts- und Kopfhaut, die Schamgegend ausgenommen, fast die ganze Haut mit diskreten braunroten, meist hirsekorngrofsen, derben, konisch zugespitzten Knötchen bestreut, welche insgesamt den Haarfollikeln entsprachen, und von welchen die meisten an den Streckseiten der Schenkel von Haaren oder Härchen versehen waren. An diesen Stellen waren sie auch am dichtesten aneinander gereiht. Sehr gedrängt standen die Knötchen an den Phalangen der Finger an deren Dorsalfläche. Die Knötchen waren nicht glänzend, nicht durchschimmernd, durchwegs konisch zugespitzt, nur hier und da etwas gröfser als Hirsekorn, nicht gedellt, nicht abgeflacht, nicht eckig, und nur einzelne mit Schüppchen versehen. Nirgends ein Pustelchen, nirgends Desquamation.

Handflächen, Fufssohlen, Nägel intakt. Mäfsiges Jucken, nirgends Kratzeffekte. Der Patient war rüstig, kerngesund, und verrichtete bis zu seiner Einkehr in das Spital schwere Arbeiten. Auch früher soll er stets gesund gewesen sein.

Auch jetzt wollte er nicht länger als zwei Wochen im Spitale verbleiben, während welcher Zeit sich das Bild der Krankheit gar nicht änderte. Patient wurde nur mit Bädern behandelt.

Mein damaliger Chef, Herr Professor Schwimmer, hat, wie ich mich erinnere, den Fall nicht gesehen. Meine Diagnose schwankte lange zwischen einem excessiven Lichen pilaris und Lichen ruber acuminatus Ich entschlofs mich hypothetisch für den letztern. Nie hatte ich mehr die Gelegenheit einen ähnlichen Fall sehen zu können.

4. Fall. Eine in den fünfziger Jahren stehende Frau wurde im Sommer 1884 auf der Poliklinik des Herrn Prof. Schwimmer wegen Lichen ruber planus circumscriptus behandelt. Die fettleibige, der Bürgerklasse angehörende Patientin klagte über hochgradiges Jucken im Verlaufe der erweiterten Venen der Unterschenkel, wo sie auch seit 2 Jahren einen Ausschlag hat.

St. praes. An beiden Unterschenkeln waren die sämtlichen Hautvenen erweitert, besonders aber die rechte Vena saphena interna und das Rete dorsalis pedis. Die Vena saphena zeigte stellenweise ampullöse und

Divertikel bildende Erweiterungen. Am rechten Unterschenkel, beiläufig in dessen Mitte war auf einer solch erweiterten Stelle eine 20 Pfennig grofse, scharf begrenzte, 1—1½ mm emporragende, schiefergraue, rundliche, einer bläulichschmutzigen Kreidefläche nicht unähnliche, mehlartig schilfernde, sich rauh anfühlende, plaque-artige, Hautinfiltration. Von dieser Plaque aufwärts, die erweiterte Vene verfolgend, waren noch 2 linsengrofse braunrote, noch etwas glänzende, nicht schuppende, nur leicht erhabene, und eine 20 Pfennig grofse von allen abstechende Plaque zu sehen. Nach Angabe der Patientin soll diese Plaque die zuerst aufgetretene sein. Diese war ca. 1½ mm erhaben; ihre Oberfläche zeigte zahlreiche grauweifsliche, herausstehende, harte, nageldünne, hornartige Zapfen, welche der Plaque ein Aussehen einer Kalbszunge gaben; sie war sehr rigid, sehr hart und schuppte gar nicht. Um diese Plaque herum bis auf 2—3 cm Entfernung sah man auch einzelne polygonale sehr flache, auch hirsekorn- bis hanfkorngrofse, wachs- oder holzartig schimmernde, einige auch mit gedellter Oberfläche versehene Knötchen. In der Umgebung Kratzeffekte. Am linken Unterschenkel waren nur einzelne ähnliche, noch kleinere Papelchen zu sehen. Die übrige Körperfläche war ganz normal. Die Mundschleimhaut wurde nicht untersucht. Patientin klagte über ein unausstehliches Jucken. Durch Wochen hindurch bekam Pat. nur Teeröl und Teersalben, worauf das Jucken nachgab, und die Plaques bildeten sich zwar sehr langsam, doch zusehends zurück. Nur die Plaque mit horniger Oberfläche wich der Behandlung nicht. Mit gebessertem Zustande blieb Patientin aus.

5. Fall. 1885. 8. November stellte Dr. Havas folgenden Fall von Lichen ruber planus im ärztlichen Vereine zu Budapest vor.

Der ca. 25—28jährige Mann hatte am ganzen Körper eine in der besten Entwickelung stehende Knötcheneruption, Kopfhaut und Gesicht ausgenommen ist fast die ganze Haut mit kaum merklichen bis linsengrofsen gelblichen, oder gelblichroten, oder braunroten, die kleineren mit nadelspitzgrofsen Vertiefungen, die gröfseren mit eingesunkener Mitte versehenen, wachsartigglänzenden flachen Knötchen bestreut. Es waren unter ihnen sehr viele durchschnittlich hirsekorngrofse, abgestutzten Kegeln ähnliche, obtuse (Unna) Papeln. Aufserdem sah man am Bauch, am Rücken spärlich erbsen- bis 5pfenniggrofse, durch circinäre hirsekorngrofse Knötchen umsäumte, tiefbraunrote, infiltrierte, in der Mitte tellerartig vertiefte oder auch flache Flecke („Perlenumrahmte Gemme"); manche von ihnen bildeten nur eine Halbkreisform. Beide Handteller zeigten bis hanfkorngrofse braunrote desquammierende, infiltrierte Flecke. Den Schleimhäuten wurde kein Augenmerk zugewendet.

Ich habe diesen Fall nur auf einen Moment gesehen.

6. Fall. M. V. 16jähr. Näherin seit 6 Monaten krank, wurde am 29. Oktober 1885 auf die Abteilung des Herrn Prof. Schwimmer aufgenommen.

St. Praes. Stamm- und Extremitäten waren voll mit mohnkorn-,

stecknadelkopf- bis hirsekorngroſsen, rötlichen, mäſsig erhabenen Knötchen besetzt. Alle Knötchen sind separiert und durch gesunde Hautstellen von einander getrennt. An den unteren Extremitäten waren auſser den separierten zusammengeflossene, gröſsere Flächen bildende Knötchen zu sehen, welche Flächen auch stärker schuppten. Am rechten Auge war eine Phlyktänen-eruption.

Therapie: Bäder.

3. November. Innerlich Arsen. ℞ Arsen. albi. 0,25, Pulv. pip. 0,005, Mucil. gummi. arab. q. s. u. f. pill. 100.

17. November. Am rechten Auge Iritis. Therapie: Atropineinträufelung, Arltsche Stirnsalbe.

25. November. Iritis heilt. Die Effloreszenzen ändern ihre Gestalt nicht; sie schuppen ab.

(Ich habe diesen Fall in diesem Zustande gesehen. Die Effloreszenzen waren insgesamt bis hirsekorngroſse, teils flache, gelblichrote, schuppenlose, teils livid umsäumte, hier und da punktförmig gedellte, halbkugelige, mit feinen festhaftenden oder teilweise lose hängenden Schüppchen versehene rundliche oder obtuse Papelchen von auffallendem Glanze. Einzelne in Rückbildung begriffene Knötchen erzeugten speziell am Bauch tiefbraunrote infiltrierte Flecke.)

23. Dezember. Nach 70 Pillen allgemeine Rückbildung der Knötchen. Gebessert entlassen.

Die Diagnose war Lichen ruber planus.

7. Fall. B. F. 23jähr. Kommis, wurde am 3. Mai 1886 auf die Abteilung des Herrn Prof. Schwimmer aufgenommen.

Er ist seit 6 Wochen hautkrank.

St. praes. Am Stamm u. z. Bauch und Rücken sowie an den Flexorenseiten der Extremitäten sind zerstreut stehende kleine bis bohnengroſse, flache, wachsartig schimmernde Knötchen und Knoten.

(Ich habe an diesem Patienten auch eine Anzahl von hirsekorn- bis hanfkorngroſsen mit punktförmigen Vertiefungen versehenen, gelblichen, rötlichen, schillernden, flachen Knötchen gesehen. Die gröſseren linsen- bis bohnengroſsen, halbkugelförmigen oder länglich-rundlichen, ca. ½ mm erhabenen Plaques — fast alle an den unteren Extremitäten — waren braunrot und die meisten mit feinen, kleienartigen, festhaftenden Schüppchen bedeckt. Kein Jucken war vorhanden. Nägel unversehrt.)

Die Therapie bestand aus 5 mg Arsen enthaltenden Pillen.

31. Mai. Die Knötcheneruption breitet sich mehr und mehr aus. Kein Jucken.

28. Juni. An der uvula am weichen Gaumen bis zum harten Gaumen stecknadelkopfgroſse, glänzende diskrete Kötchen. Solche sind auch an der linken Wange und unteren Lippe zu sehen.

1. Juli. Unnasche Salbe. Innerlich die Pillen weiter. 6 Pillen.

Gebessert entlassen am 26. Juli 1886.

28. August. Wiederaufnahme mit erneuerter Eruption. Dieselbe Behandlung. Gebessert entlassen am 31. August 1886.

Die Diagnose war Lichen ruber planus.

8. Fall. J. B. 36jähr. Bahningenieur kam am 22. September 1885 mit einem Hautleiden in meine Privatordination.

Anamnese. Die Eltern oder sonstigen Familienangehörigen haben nie an einer chronischen Hautkrankheit gelitten. Pat. selbst war von seiner Kindheit auf stets gesund, hatte nie an Rheumatismus oder nervösen Zuständen gelitten. Ende Juni 1883 wurde er hautkrank. An den Händen und unteren Extremitäten bekam er einen vesiculo-pustulösen Ausschlag, dessen Einzelindividuen nicht gröfser als hirse- bis hanfkorngrofs waren. Zu gleicher Zeit mit diesem Ausschlag bemerkte Pat. an den Händen, besonders um die Gelenke der Finger, sehr kleine nicht näher definierte Knötchen, welche keine Metamorphose erlitten. Alle diese Ausschlagsformen verursachten ein heftiges Jucken und verschwanden nach mehrwöchentlicher Dauer, um dann bald wiederzukehren. Seit 1883 bis 22. September 1885 wurde er von verschiedenen Ärzten mit Diagnosen: Scabies, Ekzem, Pruritus, erfolglos behandelt. Am Tage des angegebenen Datums (22. September 1885) kam Pat. mit einem fast universellen vesiculo-pustulösen, an manchen Stellen, und zwar an den Beugeflächen der oberen und unteren Extremitäten, am Skrotum mit nässendem Ekzem zu mir. Die Haut der Extremitäten war von dem vielen Kratzen verdickt, wie bei Prurigo. Den ganzen Symptomenkomplex hielt ich einem vernachlässigten Ekzem angehörend und behandelte auch Pat. dagegen, und da Pat. nach jedem warmen Bad bisher eine Verschlimmerung verspürte, verbot ich ihm das Baden, und behandelte ihm mittels Hebrascher Salbe. In 4 Wochen heilten die Stellen ab und Pat. fühlte sich so wohl, wie seit 1883 nicht. Kaum einige Tage danach badete sich der Kranke und bekam wieder eine nässende Flechte an den Beugestellen, die heilte auch in 3 Wochen; aber nachher bemerkte ich bei genauerer Untersuchung einzelne zurückgebliebene weifsliche, rötliche, matt glänzende, derbe, rundliche Knötchen, welche ich aber jenem Zustande zuschrieb, welcher nach lange währendem Jucken hervorgerufen wird. (Cutis anserina artificialis).

Am 10. Februar 1886 sah ich Pat. wieder. Ich bemerkte bei ihm folgende neue Erscheinungen: An den Handgelenken, Vorderarmen (Flexorenseite) waren mit unbewaffnetem Auge kaum merkbare, gelbliche, gelblichrote, mohn- bis hirsekorngrofse, polygonale, flache Knötchen, von welchen einzelne matt, andre intensiv, glänzend und an ihrer Oberfläche mit einer winzigen Vertiefung versehen waren. Die Oberflächen dieser Knötchen schuppten nicht, die Knötchen selbst verwandelten sich nicht in Vesikeln oder Pusteln. Solche Knötchen bemerkte ich auch an den Streckseiten, an den Unterextremitäten. Am Stamme waren nur kleine, braune Pigmentflecke und pigmentlose oberflächliche Narben.

Ich stellte die Diagnose auf Lichen ruber planus und behandelte den Pat. mittels aufsteigender Dosen von asiatischen Pillen.

Verlauf. Ich sah Pat. am 1. und 31. März wieder. Sein Zustand besserte sich wenig; die Knötchen verbreiteten sich auf dem Bauch und Rücken. Die älteren Knötchen vergrößerten sich etwas, wurden runder, mehr braunrot oder rötlich mit lividem Saum, ihr oberstes Epidermisplättchen wandelte sich in ein Schüppchen um. Einzelne Knötchen waren mehr obtus, noch schuppenlos. Ich verordnete Arsen weiter zu nehmen und gegen das lästige noch immer vorhandene Skrotalekzem 5 %iges Salicyl-Pflaster.

27. Mai. Während der letzten 2 Monate nahm Pat., da er keine Besserung verspürte, auf Anraten seines Hausarztes kein Arsen mehr, sondern gebrauchte nur Bäder und Vaselineinreibungen. Die Folge war eine Folliculitis ex usu Vaselini und Verschlimmerung des ursprünglichen Ausschlages. Verzweifelt fuhr Pat. nach Wien und holte bei dem ersten Dermatologen Rat. Auch dieser verordnete Pat. die asiatischen Pillen und gegen sein Skrotalekzem 5 % Salicyl-Pflaster. Pat. war des öfteren nach Wien gefahren, auch nachdem er am 27. Mai wieder zu mir kam. Damals war sein Zustand folgender:

Kopf. Die Kopfhaut schuppt nicht; Gesichtshaut und Ohren mit kaum merklicher mehlartiger Defurfuration, sehr trocken, keine Knötchen zeigend.

Hals. Vordere Partie intakt; die hintere meistens mit polygonalen, gelblichbraunen, schillernden, nicht schuppenden, stecknadelkopfgroßen Knötchen versehen.

Stamm. Vordere Brusthälfte zeigt nur einzelne ähnliche Knötchen. In den Achselhöhlen sieht man eine dunkelbraunrote bis livide ca. 3 handflächengroße, gleichmäßige Hautinfiltration, deren Oberfläche keine Knötchen zeigt, sondern grobkörnig ist, entsprechend den vergrößerten, verdickten Hautinseln zwischen den etwas vertieften Bewegungslinien. Die Haut ist hier mit ihrem körnigen, etwas glänzenden Aussehen, mit ihrer holzerigen Oberfläche dem Chagrinleder (der Autoren) ähnlich. An der Grenze dieser flächenhaften Infiltrationen sind wieder einzelne, kleine, glänzende gelblichrote, flache Effloreszenzen zu sehen. Am Bauch sind zahlreiche, ähnlich große, auch hanfkorngroße, halbkugelige, fein schilfernde, mehr rundliche als abgeflachte, aber nicht konisch zugespitzte und sichtbar ihr Entstehen den winzigen Knötchen durch Wachstum in die Breite und Höhe verdankende Knötchen. Viele Knötchen sind mit lividem Saum umgeben; zwischen ihnen bis linsengroße, dunkelbraune Pigmentflecke. Am Rücken sind einzelne glänzende flache Knötchen. In der Kreuzgegend, an den Nates kommt wieder die chagrinartige, aber tiefbraunrote diffuse Infiltration zum Vorschein, davon einzelne Exkoriationen. Die Skrotalhaut ist 4—5 mal verdickt, stellenweise exkoriiert. Näher betrachtet bei Anspannung der Haut, sieht man eine perifollikuläre Verdichtung, daß heißt hanfkorngroße,

derbe grauweifse Knötchen, den Haarfollikeln entsprechend, welcher Zustand bei chronischem Skrotalekzem ein gewöhnlicher ist. Am Penis sind 5—6 glänzende flache Knötchen.

Obere Extremitäten. An der Aufsenfläche der Oberarme, den Haarfollikeln entsprechend, bis hirsekorngrofse, rote, auch weifse nicht glänzende Knötchen (Lichen pilaris), einzelne nur rudimentär gezeichnet. An der Innenfläche die schon beschriebenen Lichen planus-Knötchen; an den Beugestellen ist die Haut blafs, schmutziger Kreide ähnlich, durch tiefe Furchen und mäfsig dicke Falten durchzogen, infiltriert, holzerig beim Anfühlen, mit mehlartigem Staub bedeckt; in der Umgebung frische Lichenknötchen; an der äufseren Fläche der Vorderarme, an den Handgelenken, Handrücken sind vereinzelte, glänzende Knötchen. An den Handflächen ist die Haut trocken, stellenweise mit mehlartigem Staub bedeckt. Keine Knötchen oder gröfsere Desquamation, keine Risse sind zu sehen. Nägel gesund.

Untere Extremitäten. In den Inguinalgegenden die chagrinartige Infiltration. Vis-à-vis vom Skrotum an den Oberschenkeln sind auf einer handbreiten Stelle hirsekorn- bis hanfkorngrofse, mattgelbe, sehr derbe, halbkugelige Knötchen zu sehen. An der Aufsenfläche der Oberschenkel ist Lichen pilaris vorhanden. Zwischen den Lichen pilaris-Knötchen und an der Innenfläche der Oberschenkel sind bis zu den Knieen in abnehmender Zahl primäre Knötchen vorhanden. In der Fossa poplitea derselbe Zustand wie an den Gelenksbeugen der oberen Extremitäten. An den Unterschenkeln sind vereinzelte primäre Knötchen, zwischen ihnen einige linsen- bis erbsengrofse, teils grauliche, teils dunkelbraunrote bis ½ mm flach erhabene, derbe, nicht oder wenig glänzende, nicht gedellte, plaques-artige Infiltrationen, deren Oberfläche rauh und mit feinen Schüppchen bedeckt ist. Füfse, Fufssohlen, Nägel sind intakt. Der Kranke sieht etwas abgemagert aus, aber sein Appetit ist gut. Die Brustorgane zeigen nichts Abnormes. Seine einzige Klage bildete das schlafraubende Jucken. Die asiatischen Pillen vertrug er gut, ging bis auf 12 hinauf. Dabei reiste Patient fortwährend auf den Bahnstrecken.

Bis 1887 2. Februar wurde die Haut ganz rein. Damals neuere Eruptionen am Stamm, Sternum, trotz den über 2000 asiatischen Pillen, die Pat. verbraucht hat. Das Jucken am Skrotum quälte ihn wieder. Da Patient längere Zeit zu Hause blieb, verordnete ich ihm die Unnasche Salbe mit nur abendlicher Einreibung, da er bei Tage zu thun hatte. Das Jucken hörte in eklatanter Weise auf, und am 3. März ging die Eruption zurück.

Der Status vom 3. März war folgender: Am Rücken, an den Seiten, Seitenteilen des Thorax waren, den sämtlichen Haarfollikeln entsprechend, stecknadelkopfgrofse, durchwegs braunrote, nicht glänzende, konisch zugespitzte, an den Spitzen mit Lanugohärchen versehene derbe Knötchen. Der Ausschlag ähnelte frappant der Miliaria rubra, aber nirgends war ein

Bläschen oder Pustelchen zu bemerken. Ich hielt diesen Ausschlag für eine artifizielle Folliculitis.

Auch die Schleimhaut untersuchte ich damals und fand am Frenulum der oberen Lippe ein hirsekorngrofses, grauweifses, derbes Knötchen mit unebener Oberfläche. Nirgends sonst ähnliche Eruption.

29. März. Status idem.

14. April. Das Jucken des Skrotums stillt nur das 5 % Salicylpflaster. Die für Folliculitis gehaltene Ausschlagsform bildete sich ohne Abschuppung mit Zurücklassen von punktförmigen braunen Pigmentationen zurück. Die Haut ist fast überall glatt, geschmeidig, fast glänzend, aber überall durch Pigmentflecke getiegert, besonders intensiv in der Kreuzgegend.

Anfangs Mai 1887 war aufser dem Skrotalekzem nichts mehr vom alten Übel vorhanden.

9. Fall. Lichen ruber planus mit pemphigusartiger Blaseneruption. F. M. 72jähr. lediger Privatier, kam am 25. November auf meine Poliklinik und gab folgende anamnestische Daten an:

Schon vor 10 Jahren fühlte er zeitweise hier und da wie Jucken überhaupt am Skrotum, ohne eine Ausschlagsform beobachtet zu haben. Vor 6 Jahren plagte ihn eine Polyarthritis mehrere Wochen hindurch. Er brauchte dagegen spirituöse Einreibungen. Vor 5 Jahren trat stärkeres Jucken auf, aber noch immer ohne Ausschlag. Vor 3 Jahren bekam Pat. einen juckenden Ausschlag an beiden Handrücken, welcher sich auf die ganze Haut ausbreitete. Die Eruption bestand aus hirsekorn- bis haselnufsgrofsen, zuerst wasserklare, später mattgelbe Flüssigkeit enthaltenden Bläschen und Blasen, welche Patient ans Bett fesselten. In 4 Wochen war die ganze Haut vom Kopf bis Fufs rot angeschwollen und mit solchen Bläschen und Blasen bedeckt. Nach Abheilung dieser Eruption kamen keine Blasen mehr zum Vorschein, aber seitdem bemerkte Pat. sehr kleine rötliche, heftig juckende, bis zur Linsengröfse anwachsende, in Bläschen nicht übergehende Knötchen, welche sich immer mehr und mehr verbreiteten. Seit 3 Jahren wandert er von einem Arzte zum andren, ohne sich aber einer ordentlichen Kur zu unterwerfen. Er nahm öfters Arsen ohne Kontrolle, und sehr bald traten bei ihm Intoxikationserscheinungen auf. Seit 7 Wochen ist die ganze Haut, den Kopf ausgenommen, mit einen Ausschlag bedeckt, welcher Pat. unendlich quält. Seit 3 Wochen nimmt er wieder Arsen in der Form von Sol. arsen. Seit einigen Tagen klagt er über Trockenheitsgefühl im Rachen und Heiserkeit; des öfteren Herzklopfen und Hustenreiz.

Stat. praes. Pat. ist sehr stark gebaut, aber sehr abgemagert. Der Gesichtsausdruck ist der eines schwer Leidenden. Die inneren Organe zeigen keine Erkrankungssymptome. Die Haut zeigt folgende Veränderungen:

Kopf. Die Kopfhaut ist, die hintere Partie ausgenommen, glänzend kahl atrophisch. Stirne, Ohrenhaut intakt. An den unteren Augenlidern

ist die Haut rot, runzelig wie bei akutem Ekzem des Gesichtes, ohne Knötchen.

Hals. Vordere und seitliche Teile frei; an der hinteren Partie handbreiter, Sepia-brauner, an den Rändern mehr braunroter, nicht hervorragender Streifen, an welchem die Haut in dicken Falten aufhebbar, infiltriert ist und die normalen Bewegungslinien und Hautinselchen in gröfseren Proportionen zeigt, scheinbar glatt, aber beim Anfühlen höckerig. In der Umgebung sind gelbe, gelbbraune, sandkorngrofse, auf die Haut gestreuten Glaspartikelchen ähnliche, auch gröfsere, auch gedellte, braunrote, hervorragende, glitzernde Knötchen.

Stamm. Am Rücken und Brust sind aufser solchen kleinen, zerstreut stehenden, sichtbar durch Aneinanderreihung dieser kleineren entstandene, bis halblinsengrofse, wachsartig glänzende, teilweise sehr flache, kaum emporragende, gedellte, teilweise herausstehende, flach halbkugelige, oder zentralvertiefte, rotbraune, einzeln mit Schüppchen versehene Knötchen. Überall, aber besonders am Bauch dicht gestellte, zahllose, stecknadelkopf- bis linsengrofse, schmutzigbraune, atrophische Pigmentflecke. Manche Hautpartien waren seidenartig glänzend, geschmeidig.

Obere Extremitäten. Oberarme sind aufser den glänzenden kleineren Knötchen mit linsengrofsen, grauweifsen bis schiefergrauen, etwas durchscheinenden, fein schilfernden, flach halbkugelig hervorragenden Infiltraten besonders an der inneren Fläche bedeckt. Ähnliche, aber noch gröfsere bis erbsengrofse, 1/2—1 mm hervorragende, in unregelmäfsiger Anordnung gruppierte, sind um die Ellbogen, von welchen einzelne exkoriiert sind. An den Streckseiten der Vorderarme und Handrücken sind neuere fremdartige Erscheinungen. Am Vorderarm ist ein das ganze obere Drittel okkupierendes, bis 1 mm hervorragendes, schiefergraues, fein schilferndes, scharfbegrenztes, mit unregelmäfsigen Rändern versehenes Infiltrat mit rauher Oberfläche ohne merkliche Knötchen. Die Haut ist an diesen Stellen schwer faltbar, rigid, an den Rändern sind hanfkorngrofse, in der Umgebung linsen- bis erbengrofse, grauweifse, kleinere Infiltrate, deren Oberfläche mit sehr harten, trockenen, dicken Epidermisgebilden bedeckt sind. Im mittleren und unteren Drittel an beiden Vorderarmen symmetrisch je ein schiefergraues, thalergrofses, kreisförmiges, mit ca. 20 Pfennig grofsem eingesunkenen dunkleren Zentrum versehenes, von den Rändern zum Zentrum sich tellermäfsig vertiefendes Infiltrat, welches an den Rändern wie gewisse Tellerformen 5—6 mal eingekerbt ist. Die Ränder sind ca. 1 mm erhaben, das Zentrum bis zum Hautniveau gesunken. Mehrere solche, aber kleinere ca. 5 Pfennig-grofse nicht gekerbte Tellerformen in unregelmäfsiger Anordnung sind am rechten Vorderarme zu sehen, während am linken 3—4 solche zusammengeschmolzene Halbscheiben eine der Psoriasis gyrata ähnliche geschlängelte, bis 1/2 cm breite Linienform zu wege brachten. Alle diese Efflorescenzen sind schiefergrau, mit tieferen Farbennuancen der Mitte. Die Ränder sind mit 2 bis 4 mm grofsen, mehrere Schichten bildenden Schuppenmassen

bedeckt, während die Mitte nur fein schilfernd ist. An manchen dieser plaques sind eigentümliche, grauweifse Äderchen und Punkte durchscheinend. An den Hand- und Fingerrücken kleine mit dicken Epidermismassen bedeckte, nicht eingesunkene, stark juckende livide plaques. Nägel gesund, Handteller weich, nicht schilfernd.

Skrotalhaut gesund.

Untere Extremitäten. Aufser zahlreichen, kleinsten und kleinen Primärknötchen und Pigmentflecken sind bis linsengrofse, rotbraune, glänzende, an der Aufsenseite der Oberschenkel und an den Unterschenkeln auch erbsengrofse, wie an den Oberarmen beschriebene Knoten und Infiltrate; unter ihnen einzelne mit verruköser Oberfläche. An den Fufsrücken Primärknötchen. Fufssohlen und Nägel gesund.

Mundschleimhaut. An beiden Unterlippen an den Wangen sind punktförmige und 2—3 mm lange lineale, grauweifse, glänzende Epithelverfärbungen, welche unter dem Schleimhautniveau stehen. Keine Knötchen, keine Infiltrate.

Rachen und Kehlkopf. Die Untersuchung des Laryngologen Dr. Morelli ergab folgendes: Cat. sicca pharyngis et laryngis, hypertrophia uvulae, chorditis chr. Keine Knötcheneruption.

Die allgemeine Vegetation ging nicht prompt von statten; Appetitlosigkeit, Verstopfung, abwechselnd mit Diarrhöen behelligten den Kranken. Das Jucken der kleineren Plaques quälte den Patienten aufserordentlich, beraubte ihn seines Schlafes und provozierte ein vandalisches Kratzen.

Therapie: Ich verordnete asiatische Pillen in aufsteigender Dosis, äufserlich 10 %ige Salicylglycerin-Einpinselungen. Pat. blieb aus und kam erst am 6. Januar 1887 wieder.

In der Zwischenzeit, wie ich es durch seinen Hausarzt erfuhr, machte er nach 35 Pillen eine heftige Arsenintoxikation durch. Schlingbeschwerden mit Durst und Trockenheitsgefühl in Rachen, Brechreiz, profuse Diarrhöen, Harnretention und endlich Fieber mit Kollapserscheinungen waren ihre Symptome. Der Kranke verliefs am 6. Januar sein Krankenlager und kam physisch total herabgekommen zu mir. Sein Lichen aber ist verschwunden, und nur Spuren und Reste als eingesunkene Pigmentflecke, dann Überbleibsel der Plaques als verdickte Hautstellen erinnerten uns an die abgelaufene Krankheit. An den letzteren Stellen war noch hier und da mäfsiges Jucken vorhanden. Ich verordnete Unnasche Salbe auf diese Reste.

15. März sah ich Pat. wieder. Damals waren am Bauch links an den meist pigmentierten Stellen einzelne neue halblinsengrofse, 2—3 kleine von der Bewegungslinie getrennte Hautinselchen in sich fassende, sehr flach erhabene und durch sichtbare Verschmelzung mehrerer solcher entstandene, 3—4 cm grofse braunrote, wie poliert aussehende infiltrierte Flecke. An den Extremitäten sind noch immer graulichweifse, etwas erhabene pigmentumsäumte, linsengrofse Infiltrationen. Unnasche Salbe wird fortgesetzt.

4. April. Die flächenhafte Infiltration am Bauche ist jetzt 2thalergrofs

mit unregelmäfsigen Grenzen. In der Umgebung oben zuletzt beschriebene halblinsengrofse, sehr flach erhabene, nicht gedellte, nur seicht gefurchte Flecke. Der Kranke fühlt sich wohl, geht seiner Arbeit nach, verspürt kein Jucken. Die Reste der älteren Plaques sind verschwunden. Seitdem sah ich Patient nicht.

10. Fall. Lichen ruber planus.

M. S., 28jähr. Schneidersgattin, kam 22. Januar auf meine Poliklinik.

Anamnese. Vor 4 Monaten bemerkte Patientin in der Magengegend wenig juckende, stecknadelkopfgrofse, rote Knötchen, welche sich seitdem nicht änderten, nur gröfsere Strecken okkupierten. In ihrer Familie kam nie eine chronische Hautkrankheit vor. Pat. selbst war bis vor 4 Monaten ganz gesund, verrichtete ihre häusliche Arbeit, hatte guten Appetit. An Rheumatismus oder nervösen Zuständen hatte sie nie gelitten.

Stat. praes. Innere Organe intakt.

Haut. Kopfhaut, Gesicht, Hals zeigen keinen Ausschlag. Stamm. An der Brust sind zerstreut stehende, gelbliche, hier und da braunrote, sandkorn-, hirsekorn- bis hanfkorngrofse Papeln, die gröfseren mit bläulichem Rande, einzelne u. z. nicht eben die gröfseren mit winziger, zentraler oder exzentrischer Vertiefung versehen. Die Knötchen sind sehr derb, seitlich betrachtet von glänzender glatter Oberfläche, polygonal oder rundlich oder obtus, schuppenlos. Am Rücken sind auch solche kleine Knötchen, die mit freiem Auge kaum sichtbar sind. Mit Lupe betrachtet findet man schon an manchen dieser kleinsten Effloreszenzen eine feine, punktförmige Vertiefung. In der Magengegend, am Bauch sind die Knötchen am dichtesten und gröfsten. Die gröfsten sind hanfkorngrofs, meist braunrot, wie aus mehreren kleineren zusammengesetzt, hier und da livid umsäumt.

Obere Extremitäten. Eine gröfsere Zahl dieser Knötchen ist an den Gelenkbeugen um die Handgelenke vorhanden. Hände, Handteller, Nägel intakt.

Untere Extremitäten. Innere Fläche der Oberschenkel dicht besetzt, immer weniger werdend in der Nähe der Unterschenkel; Füfse ganz frei.

Schleimhäute gesund.

Therapie: Asiatische Pillen, äufserlich Unnasche Salbe.

6. Februar. Die Salbe verursacht Jucken. Status idem.

27. Februar. Die Kranke hat bisher 140 Pillen genommen und Unnasche Salbe fortgebraucht. In der Magengegend und am Bauch bilden sich die Knötchen zurück, verlieren ihren Glanz; feines Schüppchen bedeckt ihre Oberfläche, verlieren ihre eckige Form, werden fast durchwegs rundlich und gleichen so der für akuminat beschriebenen Form. Die braunroten Knötchen mit ihren lividen Rändern verlieren ihre Farbe und werden fahl durch die Abschuppung. Behandlung wie bisher.

14. März. Bisher 200 Pillen und Salbe. Die Rückbildung geht rehe-

ment vorwärts; beträchlichere feine Abschuppung, die Knötchen werden immer flacher. Pillen werden ausgesetzt und nur Salbe wird verordnet.

27. März. Man sieht noch einzelne primäre Knötchen. An der Stelle der sich involvierenden Knötchen sieht man mit dünnen Schüppchen versehene, braunrote atrophische Flecke. Pat. ist im dritten Monate schwanger.

25. April. Bei der Frau stellten sich am 28. März ohne welche Ursache Gebärmutterblutungen ein und nach 8 Tagen abortierte sie. Während diesen 8 Tagen schmierte sie nur die obere Körperhälfte. Seitdem lag sie krank darnieder und wendete nichts gegen ihr Hautleiden an. Heute kann man keine primären Knötchen mehr sehen. Aber an dem Rücken, an den Beugeflächen, an den oberen Extremitäten sind stecknadelkopfgroſse und auch gröſsere, schmutzig bis sepiabraune Pigmentflecke zu sehen, welchen entsprechend die Haut punktförmig eingesunken ist. Die Schleimhäute sind auch jetzt normal. Pat. ist abgemagert, schwach.

(Fortsetzung folgt.)

Berichte über Versammlungen.

American Dermatological Association.

11. Jahressitzung in Baltimore.

(Referent: Unna).

Präsident: Piffard (New York).

Vicepräsidenten: Greenough (Boston).
Morison (Baltimore).

Sekretär: Tilden (Boston).

Kassierer: Denslow (St. Paul).

Aufser diesen waren gegenwärtig die Herren: Atkinson (Baltimore), Bronson (New York), Bulkley (New York), Duhring (Philadelphia), Hyde (Chicago), Morrow (New York), Rohé (Baltimore), Stellwagon (Philadelphia), Taylor (New York), Unna (Hamburg), als Gast, White (Boston), Wigglesworth (Boston).

I. Sitzung am 31. August morgens.

Zuerst spricht Taylor (New York) über **toxische Wirkungen des Jodoforms.** Die Arbeit gründet sich auf 24 Fälle, unter denen sich 9 eigne befinden. In 19 Fällen traten Erytheme auf, die teils Scarlatina, teils Erysipelen, teils dem gewöhnlichen Erythema multiforme glichen. In 5 Fällen folgten nässende Ekzeme. In einigen Fällen blieb die Wirkung auf diese Hautaffektionen beschränkt, aber in der Mehrzahl machten sich allgemeine Wirkungen nebenher geltend. Die Ekzeme glichen durchaus den durch Einreibung der grauen Salbe hervorgerufenen, die Erytheme den Chinin- und Antipyrinausschlägen. Die Jodoformexantheme unterscheiden sich dagegen von den durch Jodkalium hervorgerufenen Ausschlägen. Nur

die Erytheme ähneln den Jodkaliumerythemen, sind aber flüchtigerer Natur. Taylor schlofs seinen interessanten Beitrag zur Jodoformfrage mit der genauen Besprechung der Indikationen, Kontraindikationen und Prophylaxis.

Atkinson, über **Erysipelas der Säuglinge.** Nach einer kurzen Darstellung der neueren bakteriologischen Befunde charakterisiert A. seine eigne Ansicht folgendermafsen. Er ist Anhänger der parasitären Theorie des Erysipels, hält es aber für sicher, dafs mehrere Infektionsträger existieren. Für ihn ist Erysipelas daher keine einheitliche Erkrankung, sondern nur ein bestimmter Symptomenkomplex entzündlicher Natur. Dafür spreche die Verschiedenheit der Symptome bei Erwachsenen (gelegentliche Eiterung und Ödem), besonders aber bei Säuglingen, bei denen zuweilen Ödem, sklerom-artige Verhärtung und selbst beginnende Nekrose vorkommen, ohne an der Richtigkeit der Diagnose des Erysipels Zweifel aufkommen zu lassen. Die Diagnose ist infaust. A. empfiehlt innerlich Eisenchlorid in stärkeren Dosen.

Morison hat in einem Falle von **Leukopathie der Nägel** die Ursache der weifsen Flecke histologisch erforscht und in flachen, in die mittlere Partie der Nagelplatte eingesprengten Luftansammlungen gefunden. Es bestanden in diesem Falle bei einem jungen Mädchen transversale weifse Streifen (etwa 6—8) auf der Nagelplatte, welche mit dieser vorrückten. M. hält die Affektion für identisch mit den allbekannten kleinen, weifsen, rundlichen Flecken der Nagelplatte.

Hyde berichtete über **3 Fälle einer eigentümlichen, symmetrischen Erkrankung der Hände und Füfse,** welche er teils im Hospital, teils in der Privatpraxis beobachtet hatte. Es handelte sich um tylotische Veränderungen der Hohlhände und Fufssohlen, kombiniert mit Hyperhidrosis, Bromhidrosis, Alopecia, Gryphosis und andern Nagelveränderungen. Diese Veränderungen waren auf beigegebenen, farbigen Skizzen sehr gut zu erkennen. H. betrachtet dieselben als einer von ihm näher charakterisierten Gruppe trophoneurotischer Dermatosen angehörig. — Dem Ref. erschien den wohlgelungenen Abbildungen nach die Affektion zum keratoiden Ekzem der Hand und Fufssohlen zu gehören und er warnte davor, den Namen Tylosis an diesen Regionen einer andren Affektion zu erteilen als der davon wesentlich verschiedenen, angeborenen, einfachen Hyperkeratose der Handflächen und Fufssohlen.

In der Nachmittagssitzung desselben Tages verlas Bulkley einen Aufsatz: **Klinisches über Pruritus.** Er analysierte zunächst 80 Fälle seiner Privatpraxis; die Fälle von Pruritus bildeten 1,75 % seines Gesamtmaterials. Davon waren 36 Pruritus hiemalis, 16 Pruritus generalis, 8 Pruritus ani, 8 Pruritus vulvae, 6 Pruritus scroti, 6 Pruritus senilis. B. betont den reflektorischen Charakter dieser von ihm als einheitliche Erkrankung aufgefafsten Dermatose und fordert zu einem genaueren Studium ihrer Ursachen

auf. Daran schloſs sich eine sehr interessante, 115 Versuche umfassende Beobachtungsreihe über die reflektorische Erregung, welche durch Kratzen oder Kneifen der Haut hervorgerufen wird, die B. an sich selbst vornahm. Der Punkt reflektorischer Erregung lag in allen Fällen (ausgenommen drei) an derselben Seite des Körpers wie die gereizte Stelle, obgleich in verschiedenen Regionen des Körpers.

Greenough sprach sodann über **Pediculosis.** Es war G. aufgefallen, daſs die Anzahl der Fälle von Pediculosis, die für die Statistik der Gesellschaft aus Boston gemeldet, viel gröſser war als die aus andern Städten stammende. Bei genauerer Durchsicht sämtlicher seit 9 Jahren aus Boston gemeldeter Fälle von Hautkrankheiten (40070) ergab sich, daſs fast 5½ % (2132) auf Pediculosis fielen. Dagegen hatte New York (32578) nur 3 % (995), Philadelphia (9269) 3⅛ % (320), Baltimore (5205) 2⅛ % (113), Chicago (21229) 3 % (660), Kanada (1173) 3 % (39 Fälle). Diese Differenz kann nur auf einem verschiedenen Modus der Klassifikation beruhen. Seine eigne Statistik an der Hautabteilung der Bostoner Poliklinik ergab unter 15551 Fällen 914 von Pediculosis, mithin etwa 6 %. Davon waren 500 Pediculosis capitis, 337 Pediculosis vest., 27 Pediculosis pubis, 50 Pediculosis ohne Spezifikation. Von den 500 Fällen von Ped. cap. waren 81 Männer, 419 Weiber; 34 waren unter 5 Jahren, 25 von 5—10, 19 von 10—15 und nur 3 über 15 Jahren. Von den Weibern waren 74 unter 5, 172 von 5—10, 116 von 10—15, 21 von 15—20, 13 von 20—30, 9 von 30—40, 14 über 40 Jahre. Die 337 Fälle von Ped. vest. betrafen 196 Männer und 141 Weiber. Nach Lustren gerechnet waren unter den Männern resp. 4, 7, 18, 16 bis zum 20. Jahre, dann nach Dezennien resp. 26, 25, 25, 32 und schlieſslich 43 Fälle über 60 Jahre. Die entsprechenden Zahlen der Weiber waren 8, 7, 3, 4, 13, 20, 23, 28, 35. Unter den 27 Fällen von Ped. pubis. betrafen 26 Männer, von denen 21 zwischen 15 und 30 standen. An diese ungemein ausführliche Statistik schlossen sich längere Betrachtungen über die charakteristischen Symptome, Diagnose und Behandlung aller einzelnen Formen an. Aus der Debatte ist hervorzuheben, daſs die meisten amerikanischen Kollegen die Pediculosisformen mittels rohen Petroleums behandeln, und daſs White vor der Anwendung des Kerosins (gereinigten Petroleums) warnt, da drei Fälle von vorübergehender Anästhesie danach bekannt wurden.

Darauf sprach White über den **Einfluſs der Diät auf die Entstehung und Behandlung der Hautkrankheiten.** Er ging zunächst auf die unbegründeten Vorurteile näher ein, welche im Publikum gegen den Gebrauch gewisser harmloser Nahrungsmittel herrschen, sodann über die nicht besser begründeten Ideen der Praktiker über denselben Gegenstand. Die Trugschlüsse in den Schluſsfolgerungen sind in diesem Kapitel ganz besonders groſs und allgemein. W. bespricht daher die verschiedenen Möglichkeiten, das Thema wissenschaftlich zu erforschen, und schlieſst mit der

Aufstellung einer für ihn persönlich nach langer Erfahrung maſsgebenden „Schwarzen Liste", welche folgende Stoffe enthält: Alkohol, saure Früchte (Erdbeeren, Äpfel etc.), Krustaceen und andre Seetiere. Aus der langen, an diesem Vortrag sich anschlieſsenden Debatte sei hervorgehoben, daſs Hyde derselben Liste: Hafergrütze (oatmeal), das beliebte Frühstück der Amerikaner, Bulkley: Milch, Suppen hinzuzusetzen wünschen, während Bronson den Hauptwert auf die plötzliche Veränderung der Nahrung legt (Urticaria der eingewanderten Iren), Denslow dagegen auf die zu groſse Quantität der Nahrung im allgemeinen. Unna vermiſst bei diesen Erörterungen die Unterscheidung eines substantiellen, chemischen Einflusses der assimilierten Nahrung und eines lediglich nervösen von den ersten Wegen aus; er habe bisher nur einen Einfluſs reflektorischer Natur gefunden; das populäre Vorurteil rekrutiere sich teils aus der Urticaria ab ingestis, teils aus den physiologischen Veränderungen des Gefäſstonus, besonders des Gesichtes, während der Verdauung; allgemeine Regeln über Vermeidung und Empfehlung bestimmter Nahrungsmittel lieſsen sich bei der groſsen individuellen Variabilität nicht aufstellen.

II. Sitzung am 1. September.

Nach einer längeren geschäftlichen Verhandlung begann die Morgensitzung des zweiten Tages (1. September) mit einer sehr interessanten Vorlesung von Bronson über Klassifikation der Dermatosen. Das System des Autors schlieſst sich in der Namengebung zumeist an das von Ausspitz an, unterscheidet sich aber wesentlich von demselben einmal dadurch, daſs die ersten Klasseneinteilungen durchweg anatomische sind, und weiter durch eine gleichmäſsige Einteilung dieser Klassen in Ordnungen, Unterordnungen, Stämme, Familien, Geschlechter und Species oder Varietäten, welche mit vielem Scharfsinn und Geschick bis ins einzelne so durchgeführt ist, daſs die Stämme pathologische, die Familien klinische und die Geschlechter ätiologische Differenzen markieren. Wir lassen das Bronsonsche Schema in beigefügter Tabelle folgen:

In der Diskussion stimmten mehrere Kollegen dem Ref. zu, daſs das System der Zukunft ein in erster Linie ätiologisches sein müsse. Von Einzelheiten bemängelte Atkinson die Trennung der Ödeme von den Entzündungen, Bulkley die Stellung der Sklerodermien und Unna die der Urticaria und andrer Angioneurosen bei den Entzündungen.

Duhring hielt hierauf einen Vortrag über die **Diagnose der Dermatitis herpetiformis,** welcher in diesem Journal in extenso erscheinen wird.

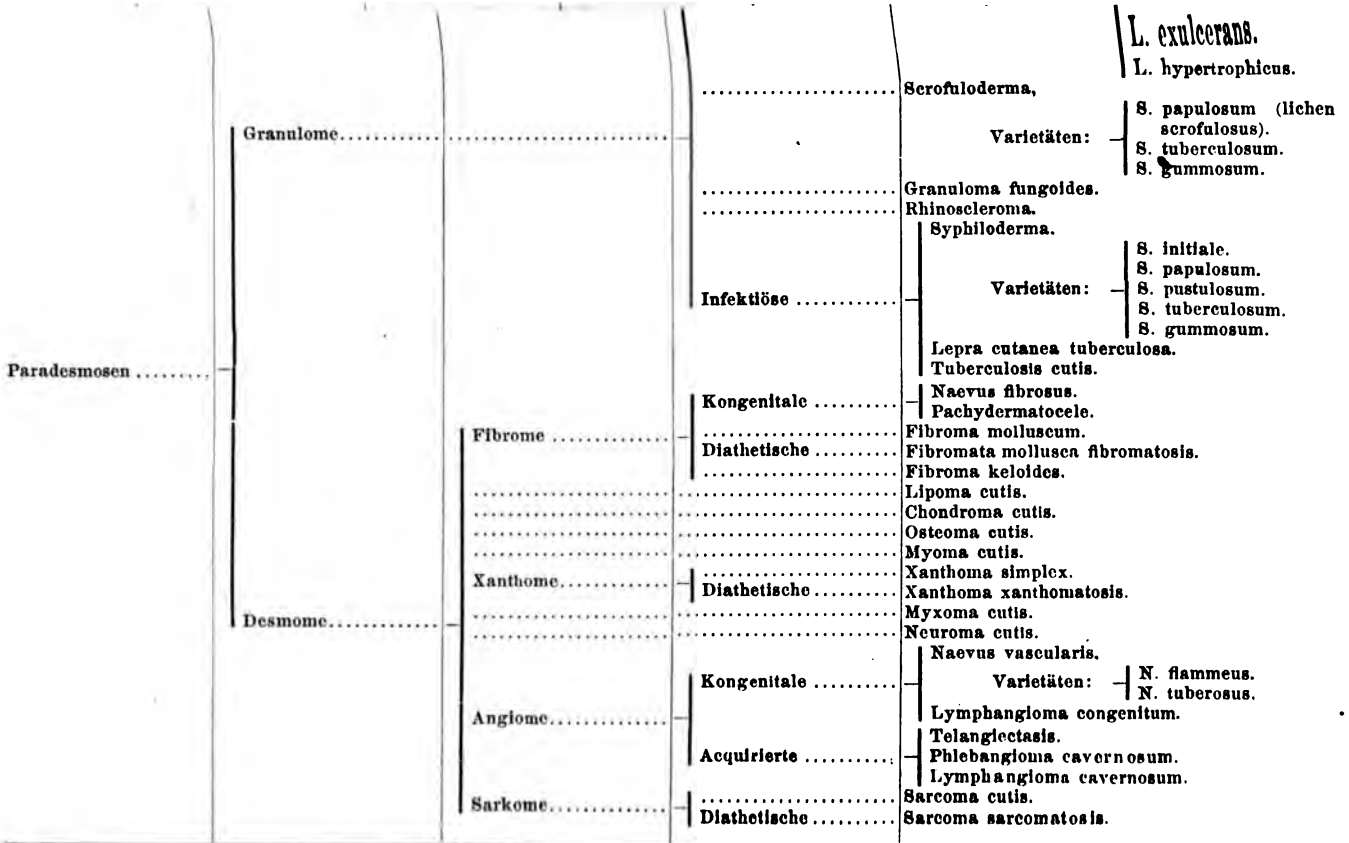
Auf spezielle Aufforderung des Präsidenten sprach sodann Unna über seine **Behandlungsart der Lepra** als Einleitung zu einer Diskussion über dieses Thema. In der sich daran anschlieſsenden Debatte betonte Morrow, welcher kürzlich in Paris gewesen war, die schönen Resultate, welche

III. Klasse. — Epidermidosen.

Ordnung.	Klasse.	Familie.	Genus.	Spezies und Varietät.
Keratosen	Hyperkeratosen	Kallöse Affektionen		Clavus. Tyloma. Keratoma palmare et plantare hereditarium.
		Ichthyotische Affektionen		Ichthyosis vulgaris. Varietäten: I. mitis. I. cornea. Ichthyosis follicularis. Ichthyosis congenita.
		Lichenoide Hyperkeratosen		Lichen pilaris. Keratosis follicularis.
		Pityriasiforme Affektionen		Pityriasis simplex. Pityriasis cachectica.
	Keratolysen	Erythematöse Keratolysen		Dermatitis exfoliativa generalis. Dermatitis exfoliativa localis.
		Exanthematische Keratolysen	Infektiöse	Dermatitis exfoliativa neonatorum. Desquamatio scarlatinae
		Lichenoide Parakeratosen		Lichen ruber. Lichen planus. Varietäten: L. sebaceus. L. corneus.
		Psoriatische Affektionen		Psoriasis. Varietäten: P. localis. P. disseminatus. [illegible]. P. guttata.
	[illegible]	[illegible]		

III. Klasse. — Epidermidosen. (Fortsetzung.)

Ordnung.	Klasse.	Familie.	Genus.	Spezies und Varietät.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Verruca vulgaris [illegible]
				Seborrhoea oleosa [illegible]


Paradesmosen
Granulome
Desmome
Fibrome
Xanthome
Angiome
Sarkome
Infektiöse
Kongenitale
Diathetische
Kongenitale
Acquirierte
Diathetische
Scrofuloderma,
Varietäten:
S. papulosum (lichen scrofulosus).
S. tuberculosum.
S. gummosum.
Granuloma fungoides.
Rhinoscleroma.
Syphiloderma.
Varietäten:
S. initiale.
S. papulosum.
S. pustulosum.
S. tuberculosum.
S. gummosum.
Lepra cutanea tuberculosa.
Tuberculosis cutis.
Naevus fibrosus.
Pachydermatocele.
Fibroma molluscum.
Fibromata mollusca fibromatosis.
Fibroma keloides.
Lipoma cutis.
Chondroma cutis.
Osteoma cutis.
Myoma cutis.
Xanthoma simplex.
Xanthoma xanthomatosis.
Myxoma cutis.
Neuroma cutis.
Naevus vascularis.
Varietäten:
N. flammeus.
N. tuberosus.
Lymphangioma congenitum.
Telangiectasis.
Phlebangioma cavernosum.
Lymphangioma cavernosum.
Sarcoma cutis.
Sarcoma sarcomatosis.
L. exulcerans.
L. hypertrophicus.

Vidal neuerdings mit Chaulmoograöl erhalten habe, und Piffard den Nutzen des Strychnins nach Erfahrungen am New Yorker Hospital, welches in möglichst grofsen Dosen, aber nicht zur Zeit fieberhafter Attaken, zu geben sei.

Die zweite Nachmittagssitzung begann mit einem Vortrag von Stellwagon: **Über den Nutzen medikamentöser Pflaster bei gewissen Hautkrankheiten.** — Diese Pflaster, bisher den deutschen Pflastermullen an Wirksamkeit nachstehend, sind jetzt wirksamer und vergleichsweise billig. Ein Pflaster mit weifsem Präzipitat ist bei indolenten, hypertrophischen Ekzemen nützlich, das Chrysarobinpflaster gibt gute Resultate bei Psoriasis und Herpes tonsurans capitis, das Salicylpflaster bei Schwielen und das Pyrogallolpflaster bei gewissen Fällen von Lupus und Epithelioma. Die bisher angefertigten Pflaster seien dagegen nicht geeignet für akute und subakute Formen von Hautkrankheiten.

In der Diskussion hob Piffard hervor, dafs diese neuen Pflaster von Seabury und Johnson und von Johnson und Johnson Nachahmungen der Unnaschen Pflastermulle seien, von denen sie sich aber bis jetzt noch zu ihren ungunsten durch die zu schwere Unterlage und die mangelnde Klebkraft unterschieden. Ref. schlofs sich diesem Urteil an und verwies die Gesellschaft auf seinen im *Brit. med. Journal* zu publizierenden, in Dublin vor der Brit. med. Ass. gehaltenen Vortrag über diesen Gegenstand.

Piffard hielt darauf seinen Vortrag über **Salz in der Hygieine der Haut und Therapie der Hautkrankheiten,** in welchem er über dieses alte Mittel ganz neue Gesichtspunkte entwickelte. Der Aufsatz wird in extenso in dieser Zeitschrift erscheinen, ebenso wie der folgende von Duhring, betitelt: Zwei typische Fälle von Impetigo simplex.

Stellwagon berichtete weiter kurz über einen eigentümlichen Fall von **Purpura mit circinärem Exanthem.** Die Eruption begann am Nabel und verbreitete sich von hier über den Rumpf, besonders die Vorderseite. Der Patient war 45 Jahre, bis dahin gesund und kräftig. Die ersten Stellen waren, wie gewöhnlich, erbsengrofse Maculae. Diese wurden aber dadurch abnorm, dafs sie peripherisch sich ausbreiteten und im Zentrum abheilten, mit Ringformannahme. Beim weiteren Fortschreiten konfluierten dieselben zu grofsen, unregelmäfsigen Flecken. Die Farbe variierte von Orangenrot im Anfang bis zu einem schwachen Blauviolett beim Verschwinden der Flecke. Der Prozefs war stets einfach hämorrhagisch ohne Spur von begleitender Hyperämie. Die Extremitäten waren so gut wie frei. In acht Monaten war die Krankheit verschwunden.

Zum Schlufs dieser letzten Sitzung verlas der Sekretär einen Aufsatz des abwesenden Dr. Sherwell: **Protest gegen die übermäfsige Stärke lokaler Applikationen (offizieller und nicht offizieller) bei Hautkrankheiten.** Sherwell opponiert hierin gegen die den hohen

Prozentgehalt der offizinellen grauen Quecksilbersalbe, des citrine ointment, der Chrysarobinsalbe und mehrerer andrer Formeln der Pharmakopöe an wirksamen Stoffen. Dieselben Effekte seien ebensogut und besser mit schwächeren Salben zu erreichen.

Mit der Proklamation der Wahl von Dr. ATKINSON zum nächstjährigen Präsidenten schlofs diese Jahresversammlung. Am Mittwoch Abend versammelte sich bei Dr. MORISON eine gröfsere Anzahl von Ärzten aus Baltimore mit den Dermatologen zu einer heiteren Gesellschaft, am Donnerstag Nachmittag machten die letzteren im engeren Kreise einen Ausflug per Bahn und Wagen nach dem schön gelegenen Landgute von Dr. ATKINSON. Ref. schied von diesem ebenso gemütlich befriedigenden wie geistig anregenden Kongresse mit dem einzigen, von der Gesellschaft allseitig geteilten Bedauern, dafs nicht mehr europäische und speziell deutsche Fachkollegen der freundlichen Einladung des Komitees der American Dermatological Association gefolgt waren.

Referate.

Xanthelasma, von S. BBUCHET. (*Nouveau Dictionnaire de Méd. et de Chir. pratiques.* Tom. 39. 1886.)

Xanthelasma ist eine Hautaffektion, welche sich auf die Schleimhäute der Luftwege und der ersten Verdauungswege ausbreiten kann. Es besteht in Bildung von gelblich oder dunkler gefärbten Flecken oder Knoten in der Haut. Die erste Beobachtung dieser Krankheit stammt von RAYER und datiert von 1835. PAVY veröffentlichte 1886 die ersten genauen Untersuchungen über die Struktur der xanthelasmatischen Flecke und Knoten. Er sah, dafs die gelbe Färbung das Produkt einer Ablagerung von Fetttröpfchen in die Elemente des Derma seien. BESNIER und LAILLER bestätigten durch ihre Beobachtungen und in ihren Vorlesungen die pathologisch-anatomischen Arbeiten von CHAMBARD und die Untersuchungen BALZERS. CARRY in Lyon zeigte 1880, dafs das Xanthom zu den Geschwülsten gehört. QUINQUAUD hat, gestützt auf die chemischen Veränderungen des Blutes eine sehr bestechende histogenetische Interpretation des Xanthelasma versucht. Das Xanthelasma zeigt sich bald in Gestalt von Flecken, bald von Knoten, welche in die Cutis eingesprengt sind, bald besteht es sogar aus wirklichen Tumoren. BESNIER und DOYON haben diese Affektion in drei Hauptarten eingeteilt:

Xanthelasma planum tritt in Flecken auf, welche hellgelb oder dunkelgelb gefärbt sind. Bald sind sie punktförmig, bald stecknadelkopfgrofs, oder sie erreichen Linsen-, selbst 5 Frankstück-Gröfse (KAPOSI). Die Ränder sind gewöhnlich rein und glatt, manchmal gezackt. Die Farbe kann variieren von gelblichweifs bis orange und safrangelb; von besonderem

Glanze sind sie bei gewissen stark pigmentierten Häuten. Bei der papulösen Form können die Flecke durch Konfluenz eine beträchtliche Vermehrung der natürlichen Falten verursachen, trotzdem sind sie glatt und weich anzufühlen.

Die Xanthomflecke bleiben manchmal ohne eruierbare Ursache in geringer Zahl, 1 oder 2 an jedem Augenlid. Manchmal konfluieren sie und bilden zusammengesetzte Plaques, welche oft symmetrisch liegen. Die subjektiven Beschwerden sind gering; kaum fühlen die Patienten geringes Prickeln oder Kitzeln.

Das hervorstehende Xanthelasma (Xanthelasma saillant) umfafst die papulöse, papulo-tuberkulöse, tuberkulöse, tuberöse Form der Autoren. Es zeigt in Gestalt von Papeln oder linsenförmigen Hautknoten. Sie sind in die Cutis eingesprengt und überragen das Niveau der Haut kaum um 1 mm. Die bedeckende Epidermis bleibt weich und von normalem Aussehen. Ihre Konsistenz ist elastisch, manchmal fibrös, wie in Chambards tuberöser Form, welche in gröfseren und härteren Knoten besteht und den Knoten beim sekundären Hautkarcinom gleicht. Die Farbe ist dieselbe, wiewohl etwas blasser als beim Xanthoma planum. Oft ist sie durch diffuse Hyperämie der Haut mit Rot gemischt, und die Spitze der Knoten scheint entzündet. Die Knoten des Xanthom finden sich selten in geringer Zahl. Sie vereinigen sich oft zu einer konfluierenden Eruption an ihrem Lieblingssitze und treten alsdann symmetrisch auf. Die subjektiven Symptome dieser Form bestehen in Prickeln und Schmerzen. Druck auf die Knoten ist unerträglich, und wenn sie auf den Händen sitzen, sind die Patienten zu jeder Arbeit unfähig.

In dem geschwulstartigen Xanthelasma (Xanthelasma en tumeurs) sieht man Tumoren, welche die Gröfse einer Mandel, einer Nufs oder eines Hühnereies erreichen können. Die einen sitzen in der Haut selbst, oft sind sie mit ihr verschieblich, oder sie sind gestielt. Die Oberfläche ist meistens gelappt. Die andern sind subkutan und entwickeln sich im Unterhautgewebe, sie bewirken Verwachsungen mit dem Nachbargewebe und sind gänzlich unempfindlich.

Nach der Art der Eruption kann man 2 klinisch differente Formen unterscheiden:

1. Das lokalisierte Xanthelasma, welches zuerst an einem Augenlid erscheint, alsdann symmetrisch auch am zweiten. Es beginnt am innern Augenwinkel und bildet um die Augenlider herum einen Kreis gelber Flecke, wie die Flecke um die Augen des Dachses. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört, in einigen Fällen jedoch steht die Hautaffektion mit chronischem Ikterus in Zusammenhang.

2. Das universelle Xanthelasma beginnt ebenfalls an den Augenlidern und verbreitet sich von dort über den ganzen Körper. Die Prädilektionsstellen sind die hervorragenden Körperteile, wie Besnier sagt, weil sie dem Drucke ausgesetzt sind. Auch die Schleimhäute können befallen werden.

In dieser Form hat das Xanthelasma auch Neigung zur Bildung von Knötchengruppen, welche um ein Zentrum herum angeordnet sind und sich peripherisch ausbreiten.

Bei allen Formen des universellen Xanthelasma findet man Ikterus. Das ikterische Xanthelasma ist eine wohl begrenzte eigne Krankheit. Jedoch kann der Ikterus fehlen, und Besnier ist der Ansicht, es handele sich alsdann um eine Xanthodermie, welche er Xanthochromie nennt, und welche anatomisch durch eine stärkere Pigmentablagerung in den malpighischen Zellen charakterisiert ist. Die einzige Eruption, mit welcher Xanthelasma verwechselt werden kann, ist Milium. Aber der oberflächliche Sitz der letzteren Affektion, ihre hemisphärische Gestalt, ihre weniger opake Färbung und ihr perlartiges Ansehen lassen leicht eine Verwechselung ausschliefsen. Falls noch ein Zweifel besteht, entfernt man die Epidermisdecke des Miliumkornes und kann dann den Tumor als eine weiche pulpöse Masse entfernen, während sich beim Xanthelasma ein wenig Blut entleert und die Geschwulst unverändert bleibt.

Wenn man durch ein an Xanthelasma planum erkranktes Hautstück einen Schnitt macht, so bemerkt man an der Oberfläche des Schnittes eine unregelmäfsige gelblich weifse Färbung, darauf goldgelbe Flecke, welche die interfaszikulären Räume der Cutis einnehmen. Wenn man mit schwacher Vergröfserung untersucht, so erscheint die Haut mit Zügen gelblicher Knoten durchsetzt, welche an einzelnen Stellen die ganze Dicke der Haut okkupieren und den Fettzellen gleichen. Die Epidermis zeigt stellenweise die Spuren einer leichten Entzündung, welche bläschenförmige Umwandlung der Kerne der Malpighischen Zellen herbeigeführt hat. Unter der Epidermis sind die verbindenden Zellen vergröfsert und erscheinen fein granuliert, und ihr Protoplasma nimmt an der Grenze der Flecke eine hellgelbe Farbe an, der Kern beginnt sich zu teilen. Bei der tuberkulösen Form sieht man grofse Flecke, welche die ganze Dicke der Cutis einnehmen. Die Zwischenräume sind mit stark lichtbrechenden Körperchen angefüllt. Das Bindegewebe der Cutis ist durch fibröses Gewebe ersetzt. Die Arterien zeigen Endarteriitis und sklerosierende Periarteriitis, die Drüsen schrumpfende Periadenitis. Die Veränderungen der Nerven bestehen in sklerosierender Perineuritis und Endoneuritis mit fettiger Degeneration der zelligen Elemente. Das elatische Gewebe der Haut selbst geht wichtige Veränderungen ein. Es existiert eine beträchtliche Hypertrophie der elastischen Fasern, welche sich spalten und querteilen. Wenn die Teilung vollständig ist, so sieht es nach Balzer aus, als hätte man durch gegenseitigen Druck deformierte Sporenkränze vor sich. Die beim Xanthelasma konstatierten Leberveränderungen gehören in die Klasse der biliären Cirrhosen.

Das Xanthelasma hat einen ausgesprochen chronischen Verlauf, besonders wenn es lokalisiert ist. Wenn beim universellen Xanthelasma nicht viscerale Affektion das Leben des Kranken verkürzen, so kann die Krankheit von unbegrenzter Dauer sein.

Die einzige erfolgreiche Behandlung ist die von Besnier, welcher phosphorisiertes Terbentinöl anwendet.

Lille. A. Tavernier.

Beitrag zum Studium der vom Rückenmark ausgehenden Hautkrankheiten, welche von pheripheren Nervenerkrankungen abhängen, von A. Masurel. (*Thèse de Doctorat.* Lille 1887.)

Die durch spinale Erkrankungen, welche wieder durch periphere Nervenläsionen bedingt sind, verursachten Muskelatrophien sind längst bekannt. Die Arbeiten von Leguard, Hayem, Vulpian, Valtot, Tiester und Feuerberg haben unsre Kenntnisse über diesen Gegenstand vermehrt. Prof. Leloir hat sich in den letzten Jahren ganz besonders mit diesem Gegenstand beschäftigt. Für die eigentliche Dermatologie, kann man sagen, ist bis jetzt nichts dabei herausgekommen. Indes sind die diesbezüglichen Erkrankungen der Haut gar nicht so selten, wie es auf den ersten Blick scheint. Entsprechende Beobachtungen sind von Vulpian in seinen Vorlesungen in der Charité, von Charcot im *Journal de Physiologie.* 1869, von Hayem im *Archive de Physiologie.* 1878 veröffentlicht. Weir-Mitchell citiert einen Fall in seinem Buch über Nervenkrankheiten. Prof. Leloir berichtet darüber im *Progrès médical.* 1881, sowie zuletzt in den *Ann. de Derm. et Syph.* 1886 unter dem Titel: Hautkrankheiten spinalen Ursprungs durch periphere Nervenläsionen bedingt. Er betrachtet die Frage vom dermatologischen Gesichtspunkt und stellt die besonderen Eigenschaften dieser Affektionen fest. Die unter den Auspizien von Prof. Leloir abgefafste These des Dr. Masurel beschäftigt 'sich mit folgendem Fall: Im Gefolge eines Trauma, welches das linke Bein traf, entwickelten sich bei dem Kranken histologisch nachgewiesene periphere Neuritiden, welche sich weit verbreiteten und diverse Hauterkrankungen verursachten. Die peripherische Reizung wirkt reflektorisch auf das Rückenmark; so entstehen nach einiger Zeit trophische Störungen und nervöse Erscheinungen, welche die Folge der Veränderungen im Rückenmark sind, zunächst auf das verletzte Glied begrenzt. Später treten im Gefolge der Rückenmarkerkrankung auch an den symmetrisch liegenden Teilen des andren Beines Störungen auf. Die Rückenmarkerkrankung hatte einen aufsteigenden Charakter und drang bis zur Halsregion vor. Schliefslich trat durch geeignete Behandlung Heilung ein und fast in umgekehrter Reihenfolge, wie sie gekommen waren, verschwanden die Nervenphänomene und die trophischen Störungen der Haut und Muskeln. Masurel berichtet dann noch einige Fälle, welche Leloir unter Vulpian und Fournier beobachtet hatte. Alsdann studiert der Autor die Pathogenie dieser Dermatoneurosen und berichtet die verschiedenen Theorien, welche von früheren Autoren aufgestellt sind. Er beschreibt alsdann die Hauptcharaktere dieser Hautaffektionen und zeigt nach Leloir,

dafs die durch ihren Sitz, durch das Zusammentreffen trophischer und muskulärer Störungen mit Nervenerkrankungen, welche denselben vorangehen oder sie begleiten, durch die Zeit ihres Auftretens, durch die vasomotorischen Phänomene und die Störungen der sekretorischen Drüsen, welche oft mit ihnen zusammentreffen, diesen Dermatoneurosen ein besonderer Charakter zukommt.

Masurel teilt sodann die von Leloir empfohlenen Medikamente mit sowie eine Tafel, auf welcher eine von Leloir angegebene Einteilung der Affektionen nervösen Ursprung eingetragen ist.

Lille. A. Tavernier.

Beitrag zum Studium der Hautkrankheiten nervösen Ursprungs. Hautkrankheiten infolge eines moralischen Choks, von J. Levêque. (*Thèse de Doctorat.* Lille 1887.)

Lorry gibt in seinem Buch *„Tractatus de morbis cutaneis"* im Jahre 1817 als eine der Ursachen für Hautkrankheiten Gemütsbewegungen an. Alibert gibt an, dafs eine der Ursachen des Herpes zoster Gemütsbewegungen seien. Schedel und Cazenave lassen in ihrem 1828 erschienenen Buche heftige Gemütsbewegungen, besonders heftigen Kummer, eine bedeutende Rolle in den ursächlichen Momenten für Hautkrankheiten spielen. Biett berichtet mehrere Beispiele davon, besonders einen Fall von Lichen agrius, welcher bei einem jungen Mädchen infolge einer betrübenden Nachricht entstand. Rayer bewies 1832, dafs durch geistige Anstrengungen, Nachtwachen und Kummer viele schwere Hautentzündungen entstehen. Bazin läfst im Artikel „Dermatoses" des *Dictionnaire encyclopédique* von Dechambre den nervösen Ursprung von Hautentzündungen zu, jedoch bekämpft er die Neigung, alle auf diesen Ursprung zurückzuführen. Leloir anerkennt ebenfalls den Einfluss von Gemütsbewegungen und des Nervensystems im allgemeinen auf die Produktion von Dermatosen. 1886 gab Harvy in seiner Arbeit über Hautkrankheiten als häufige Ursache eine lebhafte Gemütsbewegung an, er macht jedoch keinen Unterschied zwischen Hautkrankheiten, welche durch langen Kummer, und solchen, die durch moralischen Chok entstanden. Im Februar 1887 machte Leloir darauf aufmerksam, dafs man diesen Unterschied machen müsse. In vielen Fällen ist ein kurzer Schreck die Ursache einer Hautkrankheit. Dr. Levêque berichtet 31 genaue, von Leloir mitgeteilte Beobachtungen von Hautentzündungen durch moralischen Chok (Hautanämien, Hyperämien, Hämorrhagien, Ödeme, Urticaria, Ekzem, Vitiligo etc.). Die Hautkrankheit folgte dem Chok so plötzlich, dafs eine ursächliche Wirkung des letzteren angenommen werden mufs. Der Verf. bemerkt, dafs eine Disposition zum Zustandekommen einer solchen Hautentzündung erforderlich ist. Leloir gibt denselben folgende Beschreibung: Plötzliches Auftreten, verhältnismäfsig

kurze Dauer, oberflächlicher Sitz. Niemals werden diese Dermatosen ulcerös, destruktiv; es sind überhaupt vasomotorische, katarrhalische oder Pigmentdermatosen. Im allgemeinen jucken sie stark und sind von verschiedenen Erscheinungen einer Hautneurose begleitet. Besonders kommen sie bei Frauen vor. Zum Schlusse kommen einige therapeutische Vorschläge und eine Tabelle, welche eine provisorische von LELOIR vorgeschlagene Einteilung der nervösen Hautkrankheiten enthält. Siehe die Arbeit von Prof. LELOIR in den *Ann. de Dermat.* 1887.

Lille. A. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. APPEL in Altona.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus chronicus, von Dr. DÄHNHARDT in Kiel. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 32. 1887.) Im Oktober 1884 wurde an der 72jährigen Frau S. eine linksseitige Herniotomie gemacht; bei der Operation fand sich eine Divertikelbildung des Processus vermiformis. Gleichzeitig zeigte sich Anwesenheit von Kot im Operationsfelde. Die Heilung der Wunde verlief in normaler Weise; so dafs die Patientin nach ca. 2 Monaten geheilt war. Bald nach ihrer Wiederherstellung klagte Frau S. über lästiges Hautjucken, namentlich am Leibe und an den Unterextremitäten. Das Jucken wurde immer heftiger, und bei genauerer Inspektion der welken, trockenen Epidermis zeigten sich aufser den Kratzeffekten und dem dasselbe begleitenden Ekzem die rötlichen Knötchen des Prurigo. Durch die eingeleitete Therapie: warme Bäder, Karbolwasserumschläge und Pudern der Haut, besserte sich das Leiden von Zeit zu Zeit, um dann wieder in erhöhtem Grade aufzutreten. Am wirksamsten, namentlich gegen das lästige Jucken, erwies sich der innerliche Gebrauch der Karbolsäure. Nachdem das Leiden ca. 1 Jahr lang mit kurzen Remissionen angedauert hatte, zeigten sich plötzlich im November 1885 die charakteristischen Pemphigusblasen, auch diese besonders an der Vorderseite der Unterextremitäten und in der Unterbauchregion. Später wurden dann die Brust, der Hals und Oberextremitäten befallen. Anfangs waren die Blasen nur wallnufsgrofs, später zeigten sich neben vielen kleinen doch auch solche von Hühnereigröfse und darüber. Der Inhalt der Blasen war meistens klar, von hellgoldgelber Farbe und neutraler Reaktion. Bei längerem Bestehen der Blasen färbte sich deren Inhalt und enthielt, mikroskopisch untersucht, Eiterkörperchen und Epidermisschuppen. Die durch das Jucken sehr erregte, unruhige Patientin zerdrückte und zerkratzte die Blasen vielfach, doch heilten die dadurch entstandenen wunden Stellen verhältnismäfsig sehr rasch. Es traten Pausen, meistens aber nur von wenigen

Tagen, in dem Erscheinen der Blasen auf, dann kamen wieder neue Nachschübe, und die Zahl der auftretenden Blasen wurde bis einige Wochen vor dem letalen Ausgange stetig eine gröfsere. Das Allgemeinbefinden war verhältnismäfsig gut. Therapeutisch wurden aufserdem noch Sublimatumschläge, Salicyl-Vaselin-Zinkpaste, Resorcinsalbe und innerlich Arsenik angewandt, doch alles mit negativem Erfolge. Allmählich wurden die Blaseneruptionen weniger; bei mangelndem Appetit nahm der Kräfteverfall jedoch rasch zu und am 27. September 1886 trat der Exitus ein. Der Pemphigus hatte 11 Monate bestanden. Die Sektion ergab aufser atrophischen Zuständen der verschiedenen Organe eine starke Ekchymosierung der Magenschleimhaut, sowie Lungenödem. Im Mai 1886 wurde zuerst der Blaseninhalt auf Bakterien untersucht, und fanden sich in den mit Gentianaviolett gefärbten Deckglaspräparaten Kokken, resp. Diplokokken, letztere seltener, in der Form und Gröfse, wie Demme dieselben abbildet. Die Kokken zeigten sich im dunkleren wie in dem trüben Blaseninhalt, in letzterem in etwas zahlreicherer Menge. Die Pemphiguslymphe, in Kapillarröhrchen mit Siegellack verschlossen, hat sich bis 2 Monate nach dem Tode noch ganz klar erhalten und ergab auch dann noch überzeugende Präparate. Stäbchenbakterien fanden sich nur 2 mal und haben keinen Wert. Eine Impfung auf Nährgelatine führte zu keinem Resultat; auf Agar-Agar ohne Zusatz erhielt man nach 4—6 Tagen bei der Sommerzimmertemperatur sehr schöne Reinkulturen der Kokken. Aufser im Stichkanal, in welchem sich ein stalaktitenartiges Auswachsen zeigte, fand nur ein Oberflächenwachstum statt. Die Kulturen hatten ein durchsichtiges, grauweifsliches Aussehen; die Oberfläche war glänzend, bei einzelnen Kulturen war ein schwach gelblicher Schimmer, doch waren diese Kokken von denen der weifslichen Masse nicht zu unterscheiden. Die Deckglaspräparate der Kulturen, entweder mit Gentianaviolett oder Fuchsin gefärbt, gaben hübsche Bilder von Kokkenrasen. Das Blut, aus der Fingerspitze der Kranken entnommen, ergab dieselben Kokken, wenn auch nicht so zahlreich wie in dem Blaseninhalt. Impfversuche auf Meerschweinchen und Kaninchen hatte ein negatives Resultat; eine Impfung mit in Wasser verteilter Reinkultur ins Unterhautzellgewebe ergab allerdings einen lokalisierten pustulösen Entzündungsherd.

Über subkutane Kalomel-Injektion, von Dr. Smirnoff. (*Therap. Monatsh.* No. 8. 1887.) Nach S. soll man die Kalomelflüssigkeit stets frisch bereiten lassen. Da solches für die Privatpraxis nicht möglich ist, da man nicht weifs, wie viel Fälle täglich zur Behandlung kommen, so empfiehlt er folgendes Verfahren. Man läfst sich aus der Apotheke einige kleine Flaschen holen, die 1 Tl. Kalomel vapor. par. auf 10 Tle. Glycerin. pur. enthalten. Die Flasche, von dunklem Glas, aber, gegen helles Licht gehalten, durchscheinend, mufs cylindrisch sein, von 3 cm Diameter, 6 cm Höhe, wovon auf den Bauch gegen 5 cm kommen; der Hals ist also nur etwa 1 cm hoch. Die Mündung mufs weit sein, gegen 2 cm und mit gut eingeschliffenem Glasstopfen. Diese Flaschen, wohl verschlossen, werden liegend aufbewahrt.

Wenn man nun Injektionen zu machen hat, nimmt man eine Flasche und schüttelt sie stark so lange, dafs man beim Umdrehen gegen durchfallendes Licht genau kontrollieren kann, dafs kein Kalomel mehr der Wand anhaftet. Wenn auch eine Flasche monatelang gelegen hat, so hat man in der Weise die Flüssigkeit in einigen Augenblicken fertig, worauf man sofort den Stopfen öffnet und die Flüssigkeit in die Spritze unmittelbar aus der Flasche aufzieht, ehe das Kalomel angefangen hat wieder zu sinken. Je dicker das Glycerin ist, desto besser ist es für die Anwendung, weil in einem dickeren Glycerin das Kalomel sich entsprechend länger in Suspension erhält. Weil eine Flasche von den angegebenen Dimensionen 22 g Injektionsflüssigkeit (2 g Kalomel auf 20 g Glycerin) einnimmt, so reichen 4—5 Flaschen auf längere Zeit hin. Bei Anwendung eines recht klaren Glycerins sollen keine Abscesse vorkommen.

Berlin. L. Hoffmann.

Österreich.

Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1887. Heft 4.

Winternitz. **Zur Kasuistik der Fleckenaffektionen der Zunge.**

Eine 30jährige Dienstmagd, die (abgesehen von einer symmetrischen Vitiligo) mit keiner Krankheit, speziell nicht mit Lues belastet ist, leidet seit 2 Jahren an weifsen Flecken an der Zungenspitze, die absolut keine belästigenden Erscheinungen hervorriefen und daher nicht beachtet worden sind. Wegen heftigen Zahnschmerzen rieb sie das Zahnfleisch mit Kreosot ein; die Folge davon war ein Bläschenausschlag an der Schleimhaut der Unterlippe; die Bläschen platzten und hinterliefsen weifse Flecke. Innerhalb der letzten 2 Jahren entstanden dann und wann solche am Lippenrote, die jedoch unter Borkenbildung wieder abtrockneten. Seit 2 Monaten sind die weifsen Flecke auch auf dem Zungenrücken aufgetreten. Es trat noch Speichelflufs auf, der des Nachts die rechte Kinnhälfte benetzte und diese Region mit Exkoriationen und roten juckenden Flecken bedeckte.

Wenn man die am Lippenrotsaum befindlichen Borken ablöst, erhält man eine punktförmige Blutung auf feucht glänzendem Grunde.

Den Schneidezähnen entsprechend finden sich auf der Schleimhaut der Oberlippe ein gröfserer viereckiger Fleck, der unter einem Schleier weifser Streifchen eine dunklere Rötung zeigt. Ähnliche Flecke finden sich auch auf der Wangenschleimhaut.

Den Flecken auf der Schleimhaut entsprechen kariöse Zahnflächen.

Auch der Zungenrücken, sowie der untere Teil der Zungenspitze weisen zahlreiche meist längliche Flecke auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab neben massenhaften Spaltpilzen und Hyphomyceten kleinzelliges Infiltrat und Verlängerung und Verbreiterung der Epithelzapfen; in den letzteren sind noch bemerkenswert die auf doppelt gereihte dunkel-

gekernte Basalzellen folgenden, grofsen, breitpolyedrischen Zellen, die ein glasiges Ansehen haben. Antiparasitäre Behandlung ohne jeden Erfolg. Erst nach Extraktion der kariösen Zähne vorgenommene Touchierung mit dem Stift bringt die Flecke rasch zum Schwinden.

W. sieht dieselben als eine durch Zahnkaries hervorgerufene Stomatitis und Glossitis an und schlägt als Bezeichnung vor: Stomatitis chron. squamosa.

Haslund. **Über die Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen Jodkalium.** Diese Idee ist nicht so ganz neu, nur erfreut sie sich, wegen des zu erwartenden Jodismus, nur weniger Anhänger. Haslund, der seit mehreren Jahren seine Psoriasispatienten auf die obengenannte Art behandelt hat, übergibt in einer Tabelle die Erfahrungen und Resultate, die er damit erzielt hat, der Öffentlichkeit.

Von den 50 veröffentlichten Fällen ist die höchste pro die genommene Jodkaliummenge 50 g, die überhaupt während der Kur bei demselben Individuum verbrauchte Menge 2256 g. Meist betrug die täglich von einem Individuum eingenommene Menge 40 g. Und dabei keine ernsten Jod-erscheinungen! Das klingt fast märchenhaft, wenn man bedenkt, dafs bei unsern Patienten öfters schon nach dem täglichen Gebrauch von 1—2 g der heftigste Jodismus auftritt. Von 50 derart behandelten Patienten konnten 40 als geheilt betrachtet werden. Doch dürften die Fälle No. 4, 12, 13, 15, 16 mit Sicherheit wohl nicht dahin zu rechnen sein; denn bei diesen bestand die Therapie auch noch in Teerpräparaten, Pottaschebädern etc. Im Durchschnitt betrug die Kurdauer 7,2 Wochen, immerhin etwas länger als hier eine Schmierkur. Die sichtbare retrograde Metamorphose beginnt im Mittel zwischen der 4. und 5. Woche, und beginnt dieselbe in der Regel oben am Kopf, dann allmählich nach unten weiterschreitend.

Als nebensächliches Moment bei dieser Therapie ist eine Zunahme des Körpergewichtes, in der Regel um 2500—3000 g, zu erwähnen. Überhaupt sollen die so behandelten Patienten ein sehr blühendes Aussehen gewinnen.

Verf. stellt nach den gemachten Erfahrungen das Jodkalium noch über den Arsenik bei der Behandlung der Psoriasis, weil das erstere eine schnellere Wirkung als der letztere erkennen läfst.

Elsenberg. **Pityriasis rubra universalis.** Ein kräftiger 38jähriger Schneider ist seit 3 Jahren von einer Hautaffektion heimgesucht, die in diffuser Rötung besteht; in der Hitze nimmt die Röte zu, in der Kälte verwandelt sie sich in Blau oder Blauviolett. Die Röte ist universell, ist jedoch im Gesicht am intensivsten. Die behaarte Kopfhaut ist weniger gerötet, dagegen besteht starkes Defluvium capillorum und Pityriasis capitis. An der Handfläche, den Fersen und den Fingern stofsen sich gröfsere Hornschichtfetzen los. Die zum Vorschein kommende Haut ist dünn und hellrot. Die Haut des Gesichtes ist glänzend, verdickt und ödematös. Stärker ausgebildet ist das an den Waden, Fersen und Vorderarmen bemerkbare

Ödem, doch ist das Ödem als kein durch die Hautkrankheit direkt hervorgerufenes Symptom aufzufassen, sondern es ist lediglich bedingt durch den Druck der kolossal vergrößerten Lymphdrüsen auf die betr. Venen, die als mächtige Tumoren dem Auge zugänglich sind. Eine vorgenommene Exstirpation der Axillarlymphdrüsen bestätigt diese Ansicht, denn es schwand sofort das Ödem des betr. Vorderarmes, allerdings um später, nach neuerdings stattgefundener Schwellung der zurückgebliebenen Drüsen, wiederzukehren.

Niemals kommt es zur Bläschen- oder Pustelbildung oder zum Nässen. Nur ein unbedeutendes Jucken und geringe Temperatursteigerung verbunden mit Frösteln machen sich bemerkbar. Außerdem besteht noch Leber- und Milzvergrößerung. Weiße Blutkörperchen etwas vermehrt. Jeden Monat wird der Patient von Fieber und Schüttelfrost heimgesucht, welche mehrere Tage anhalten. Pat. hat nie an Lues etc. gelitten und hat fünf gesunde Kinder.

Während seines Spitalsaufenthaltes wiederholten sich die obengenannten Schüttelfröste mit Fieber; während dieser Anfälle soll die Röte früher auf noch gesunde Hautpartien weitergeschritten sein und die Lymphdrüsen sich vergrößert haben.

Bemerkenswert an diesem Falle ist die kolossale Lymphdrüsenintumeszenz und die Leber- und Milzvergrößerung, die bisher bei Pityriasis rubra noch nicht beschrieben sind. Verf. kommt daher zu dem Schluß, daß die vorliegende Affektion eine infektiöse und durch ein organisiertes Gift verursacht sei. Therapie war ohne Erfolg, Patient verließ das Hospital und ging später schnell zu Grunde.

Histologisch ließ sich nicht viel Interessantes feststellen: kleinzelliges perivaskuläres Infiltrat in den Papillen, zellige Infiltration der Papillar- und Subpapillarschicht, Verbreiterung der Papillen. Die Infiltration besteht hauptsächlich in der Gegend der Haarbälge und Talgdrüsen, Schweißdrüsenkanäle. Die Schweißdrüsen selbst sind bedeutend verbreitert, und die sie auskleidenden Epithelzellen eingedrückt. Das Lumen ist oft im Durchmesser vergrößert, manchmal um das 5—6fache der normalen Lichtung. Die Veränderungen an den Lymphdrüsen sind dieselben, die wir bei der Leukämie finden.

Hochsinger und Schiff. **Über Leukaemia cutis.** Den beiden von Biesiadecki und Kaposi mitgeteilten Fällen von leukämischen Prozessen im äußeren Integument reihen die Verfasser einen dritten aus der eignen Praxis an. Derselbe betrifft einen achtmonatlichen Knaben mit ausgesprochener Leukämie (allgemeine Lymphdrüsenintumeszenz, Milztumor, Lebervergrößerung, Vermehrung der weißen Blutkörperchen), bei dem die ganze äußere Haut, mit Bevorzugung des Gesichtes und Kopfes, mit zahlreichen stecknadelkopf- bis haselnußgroßen Infiltrationen versehen war; die Form ist meistens rundlich, manchmal mit einer Delle versehen. Diese Knoten sind über dem lockeren Zellgewebe verschieblich und von gelbrötlich bis braunroter Farbe.

Die mikroskopische Untersuchung eines vom Arme excidierten Knotens ergab, dafs derselbe nur aus lymphatischen Zellelementen bestand ohne jede Beimischung von andern Zellen. Prädilektionsstellen des Tumors sind die Knäueldrüsen enthaltenden Fettläppchen. Nach der Ansicht der Verff nimmt die Infiltration von den Knäueldrüsenkapillaren ihren Anfang, indem es daselbst infolge des am meisten gewundenen Verlaufs der Kapillaren zuerst zur Stase kommt; natürlich bleibt dann eine Auswanderung der Leukocyten durch die Gefäfswände nicht aus, resp. die thrombosierten Gefäfse gehen zu Grunde. Erst später tritt dann noch die autochthone Wucherung der Lymphzellen auf, wie sie in den leukämischen Geschwülsten zur Beobachtung kommt. Zum Schlufs halten die Verff. an der Bezeichnung der Affektion als „Leukaemia cutis" fest, da die von KAPOSI gewählte Bezeichnung „Lymphodermia perniciosa" bereits zu Verwechselungen mit Mykosis fungoides geführt hat, welche letztere Affektion die Franzosen als Lymphadénie cutanée bezeichnen.

Hamburg. P. TAENZER.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

RABL. *Über Lues congenita tarda.* Leipzig u. Wien. 1886. TOEPLITZ & DEUTICKE.

HALLOPEAU. *Leçons cliniques sur les Maladies cutanées et syphilitiques.* I. Paris 1887. ALCAN-LÉVY.

GARRÈ. *Über Antagonisten unter den Bakterien.* (Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte. 1887.)

STICKER. *Über die Entwickelung und den Bau des Wollhaares beim Schaf nebst einem Anhang über das Wollfett.* Inauguraldissertation. Berlin 1887.

BAUMGARTEN. *Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoën.* 2. Jahrgang 1886. Braunschweig. HARALD BRUHN.

BLASCHKO. *Herpes digitalis.* (Deutsche mediz. Wochenschrift. 1887. No. 27.)

SCHULZ. *Studien über die Wirkung des Chinins beim gesunden Menschen.* (VIRCHOWS Archiv. 1887. Bd. 109.)

— *Zur Lehre von der Arzneiwirkung.* (Ebenda 1887. Bd. 108.)

BINZ. *Zur Jodoformfrage.* (Therapeutische Monatshefte. 1887. Mai.)

NIELSEN. *Et Tilfaelde af Sklerodermi med Sklerodaktyli.* (Saertryk af Hospitals-Tidende.)

BERGH. *Vestre Hospital.* 1886. Kopenhagen 1887. J. H. SCHULTZ.

SCHUCHTER. *Bericht der syphilitisch-dermatologischen Klinik des Prof. Dr. Lang in Innsbruck.* Für das Solarjahr 1886. (Bericht des naturw. mediz. Vereins zu Innsbruck. 1887/88.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 20. 15. Oktober 1887.

Ein neuer elektrischer Apparat (Diaphotoskop) zu medizischen Beleuchtungszwecken, insbesondere zur bequemen Erhellung des endoskopischen Gesichtsfeldes.

Von

Dr. Josef Schütz

in Frankfurt a. Main.

Vortrag mit Demonstration, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 60. Naturforscher-Versammlung in Wiesbaden.

Den Beleuchtungsapparat, welchen ich hier demonstriere, habe ich machen lassen[1], um auf bequemere Art, als es bisher möglich war, namentlich ohne Assistenz und derangierende Vorbereitungen, Spiegeluntersuchungen vornehmen und vor allem auch während der Sprechstunde ohne grofse Mühe und Zeitverluste endoskopieren zu können.

Lichtquelle ist eine 8-elementige Chromsäuretauchbatterie nach den Prinzipien von Stein. Ohne weiter auf die elektrotechnische Seite, die Wechselbeziehungen zwischen Batterie und Beleuchtungsapparat, einzugehen, hebe ich der Kürze halber nur hervor, dafs die Batterie kompendiös, transportabel, sicher feststehend, einige Wochen konstant und von einer Stromeswirkung hergestellt ist, welche zur Erzeugung weifsen Glühlichts genügt, aber nicht leicht ein Durchbrennen der Glühlampe gestattet.

Heben und Senken der Flüssigkeit regelt eine sanfte Schraube. Verschütten von Säure durch Versagen oder unbeabsichtigtes Ausschalten von Sperrvorrichtungen ist so ein für allemal ver-

[1] Bei der Firma R. Bläsdorf Nachf. in Frankfurt am Main.

hütet, anderseits erfolgt durch die Schraube eine Abstufung der Stromesintensität, wie sie nur gewünscht werden kann, so daſs ein Rheostat überflüssig ist.

½ natürl. Gr.

Sie werden sich vielleicht wundern, an dem Batteriekasten als Handhabe der Schraube statt einer Kurbelvorrichtung und dergl. den Mikrometerschraubenknopf eines Mikroskops zu sehen. Allein diese scheinbare Sonderheit ist für die praktische Handhabung der Batterie recht wichtig. Sie entsinnen sich aus der Physiologie von den associierten Bewegungen, wie schwer es ist, wenn homologe Muskelgruppen gleichzeitig verschiedenartige Bewegungen machen sollen, daſs es z. B. für manchen schwer ist, auf einer Tischfläche gleichzeitig mit der einen Hand eine streichende, mit der andren Hand eine klopfende Bewegung zu machen, daſs anderseits aber Übung und Gewöhnung solcherlei Schwächen unsrer Bewegungsfunktionen überwinden können. In die Lage nun, ungleiche Bewegungen mit den beiden Händen gleichzeitig machen zu müssen, käme man, beim Endoskopieren z. B., wenn die rechte Hand den Tubus führen und die linke Hand die Batterie während der Beobachtung kontrollieren wollte, wobei noch als erschwerendes Moment hinzukommt, daſs zur selben Zeit unsre Aufmerksamkeit durch den Sehakt gefesselt ist.

Von allen Bewegungen nun ist die Drehbewegung, wie wir sie mittels Daumens und Zeigefingers an der Mikrometerschraube ausführen, diejenige, welche wohl am wenigsten Aufmerksamkeit für sich absorbiert, zumal wir an diese Bewegung vom Mikroskopieren her sehr gewöhnt sind. Ja wir haben es uns sogar zur Gewohnheit gemacht, beim Einstellen des Mikroskops unsre Aufmerksamkeit zu steigern und thun unwillkürlich dasselbe, wenn durch Drehung an der Diaphotoskopschraube Helligkeit und damit Deutlichkeit des Gesichtsfeldes wechselt. Somit ist an dieser Batterie der Übelstand vermieden, dafs eine etwa nötig werdende Bedienung der Batterie die Beobachtung direkt störe.

Selbstverständlich kann die Batterie durch stationäre Batterien mit gröfserer Konstanz ersetzt werden.

Der Beleuchtungsapparat selbst, welcher am Griff wie an der Stirnbinde je nach Umständen gebraucht werden kann, entspricht den bekannten elektrischen sogen. Photophoren und besteht wie diese aus einer Metallhülse, welche vorn eine Sammellinse, mitten ein Glühlicht, hinten einen Reflektor trägt. Nichtsdestoweniger unterscheidet er sich von den bisherigen ähnlichen Apparaten in vielen Punkten wesentlich. Denken Sie sich kurz einen sogen. Photophor mitten und der Länge nach durchbohrt, sodafs man hindurchsehen kann, direkt vor die Pupille des Auges plaziert, soviel als möglich abgeflacht und endlich eines grofsen Teils seiner ausstrahlenden Hitze benommen, so haben Sie vier der hauptsächlichsten Veränderungen, welche an dem neuen Apparate getroffen sind, nicht ohne grofse Schwierigkeiten! Von diesen nur soviel als für die Erläuterung des Instrumentes direkt zweckdienlich ist. In erster Linie mufsten durchlochte, schwimmgürtelartige Glühlichter beschafft werden, sodann mufste diesen die Eigenschaft beigebracht werden, nicht infolge einer durch ihre Form oder Fassung bedingten ungleichmäfsigen Erwärmung während des Gebrauchs zu springen. Sodann erforderte die zentrale Öffnung des Glühlichts einen rel. grofsen Kohlenbügel rings um diese Öffnung herum, welcher zwar die Lichtstärke erhöhte, dafür aber auch gröfsere Stromstärke, eine gröfsere Batterie und namentlich eine Steigerung der Wärmeentwickelung bewirkte. Die Durchbohrung endlich benahm jede Unterlage einer Berech-

nung für optische Konstruktion und veranlafste statt dessen mehrere Reihen von Versuchen rein empirischer Art betreffs der Stärke von Linse und Reflektor sowie der Stellung dieser zum Lichtpunkte.

Zur Verhütung der Kontrastwirkung, welche das Flammenbild mit der dunkleren Umgebung bildet, ist die Sammellinse aufsen mattiert, wodurch das Licht gleichmäfsig, ruhig, mild, rein und weifs wurde. Das Licht des Diaphotoskops ist kein fokales, sondern diffus, enthält aber viele parallele Strahlen; bei der hinreichenden Lichtstärke ein Vorteil, da alle nicht axialen Strahlen bei der Erhellung irgendwie enger und langer Kanäle abgeblendet werden und mehr oder weniger verloren gehen, gar nicht zu erwähnen, dafs fokale Reflexion in einem engen Tubus an und für sich Unbequemlichkeiten mit sich bringt! Lichtkegelreflexe, Kunstprodukte fokaler Beleuchtung, kommen in Wegfall. Die Erhellung durch das Diaphotoskop ähnelt derjenigen, welche man bei Sonnenlicht durch Reflexion mittels Planspiegels erzielt.

Die geringe Tiefendimension des Apparates, die rel. Weite des Sehlochs, die günstige Plazierung — auch durch die Stirnbinde — unmittelbar vor der Pupille des Auges gestatten ein recht freies Sehen, eben so frei als mit dem gewöhnlichen Hohlspiegel, der durch langaxige Gelenkarmierung in der Regel weit vom Auge absteht.

Die Leuchtkraft des Diaphotoskops bei mäfsiger Wirkung der Batterie erhellt auf $^1/_2$ m Entfernung die am Ende des Tubus von $12^1/_2$ cm Länge und nur $3^1/_2$ mm lichter Weite angebrachte kleinste Snellensche „Schriftprobe 0,5“ so, dafs ein normales Auge sie liest. Die Helligkeit genügt also sogar unter ungünstigen Umständen für das menschliche Distinktionsminimum.

Von einer guten Gas- oder Solarflamme läfst sich von dem allseits in den Raum ausstrahlenden und mit der Entfernung im umgekehrten quadratischen Verhältnis an Stärke abnehmenden Lichte nur ein kleiner Teil mit unsern gewöhnlichen Hohlspiegeln auffangen und durch Reflexion verwerten, weil bei ärztlichen Untersuchungen aus räumlichen und andern Rücksichten solche Lichtquellen einen relativ entfernten und seitlichen Platz haben.

Die wenigen Kerzenstärken, welche unser Apparat sehr bequem zur Verfügung stellt, bedeuten daher praktisch mehr, als der Bruchteil von Lichtfülle, welchen man mittels Reflektors starken Gas- oder Petroleumbrennern mühsam abgewinnen kann.

Die Erwärmung des Apparates für die Dauer einer Untersuchung ist, zumal wenn man den Griff mit Kontaktvorrichtung benutzt, so gering, dafs sie kaum in Betracht kommt. Es wurde dies dadurch erreicht, dafs durch vorteilhafte Anbringung von Luftzugkanälen strahlende Wärme abgeführt wurde, während die Wärmeleitung durch Verringerung erschwert wurde.

Mit diesem Apparat ist das Prinzip gelöst eines selbstleuchtenden Auges, das unabhängig von jeder sonstigen Lichtquelle überall und bei jeder Stellung und Drehung des Kopfes die Bedingungen zum Sehen sich selbst schafft, dessen Sehstrahl und Beleuchtungsstrahl parallel einen Weg nehmen und deshalb selbst lange und enge Kanäle ungehindert gemeinsam durchdringen.

Dieser Umstand macht den Apparat brauchbar zu medizinischen Untersuchungszwecken, zur Beleuchtung des Kehlkopfes, des Ohrs u. s. w., und namentlich zur Endoskopie.

Es steht wohl fest, dafs der Endzweck des Endoskops nicht darauf hinausläuft, lediglich diagnostischen Zwecken zu dienen, sondern darin gipfelt, die erkrankt gefundene Stelle während und unter der Beobachtung einer Therapie zugänglich zu machen; somit kann jede Anordnung an Endoskopen, welche Lichtquelle oder Reflektor mit dem Tubus in einer Weise verbindet, die es nicht mehr ermöglicht gleichzeitig zu beobachten und Instrumente in den Tubus einzuführen, als wenig zweckentsprechend gelten.

Die Trennung des Tubus von Reflektor bzw. Lichtquelle durch Grünfelds Verdienst ist und bleibt für die Entwickelung der Endoskopie eines der wichtigsten Momente.

Im Sinne Grünfelds einen Fortschritt hinsichtlich der Bequemlichkeit des Verfahrens, wie auch der Erzielung gröfserer Helligkeit und Deutlichkeit zu bieten, mag als Tendenz des Diaphotoskops gelten.

Über Beschneidungssyphilis.

Von

Dr. M. Lewentaner

in Konstantinopel.

Es wäre wohl an der Zeit, die jüdische sowie muselmännische Welt von den Gefahren zu unterrichten, die ihren Kindern bei der Beschneidung durch Leute bevorsteht, die entweder selbst syphilitisch infiziert sind, oder von deren unsauberen Instrumenten die Infektion droht. Erst neulich versicherte mich ein Publizist, dafs solche Publikationen nur in das Gebiet der medizinischen Wissenschaft gehören, und ich sah mich auch deshalb genötigt, meine Zuflucht zu einer medizinischen Zeitschrift zu nehmen.

Der sehr interessante Fall ist folgender: Vor einiger Zeit wurde mir ein 5—6 monatliches Kind männlichen Geschlechts zugeführt. Dasselbe war von lymphatischer Konstitution, sah sehr heruntergekommen, ja fast kachektisch aus. Es besafs hinter dem linken Ohr, die Gegend des Proc. mastoid. einnehmend, eine fluktuierende Geschwulst von der Gröfse eines kleinen Hühnereies. Aus dem Meat. audit. extern. flofs eine ziemlich bedeutende Quantität dicker Eiter. Das Kind hatte ferner je ein Geschwür in jeder Schenkelbeuge. Dieselben waren symmetrisch rund, von der Gröfse eines Einfrankenstückes, mit elevierten Rändern. Der Grund dieser Geschwüre war mit einem graurötlichen schmutzigen Belage versehen; es handelte sich hier also um vereiterte Bubonen. Das charakteristische Aussehen dieser Geschwüre, besonders aber die Symmetrie derselben sprach entschieden für Lues. Von einem Penis war keine Spur mehr vorhanden. Man konnte nur ein bereits vernarbtes Überbleibsel desselben unter dem Os pubis wahrnehmen. Die Schleimhaut der Urethra hatte sich nach aufsen umgeschlagen und war mit der äufsern Haut verwachsen, ein Hindernis für den Urinabfluſs war also absolut nicht vorhanden.

Es konnte gar kein Zweifel obwalten, dafs man es hier mit Syphilis, und zwar mit einer acquirierten, zu thun hatte, denn die Eltern des Kindes litten nie an Lues, die andern Kinder

kamen stets ausgetragen und vollkommen gesund zur Welt. Auch das in Rede stehende Kind wurde vollkommen gesund geboren. Erst einige Zeit nach der Beschneidung, meinte die Mutter, hatte sich ein Geschwür am Penis gebildet, das zur Zerstörung des ganzen Membrum virile und zum jetzigen Aufbruch der symmetrisch lokalisierten Bubonen geführt habe. Aufserdem sind die meisten Inguinaldrüsen hart anzufühlen und geschwollen. Zur definitiven Feststellung der Diagnose Lues sollte eine spezifische Kur eingeleitet werden, aber die Eltern widersetzten sich einer solchen, indem sie eine Infektion durchaus in Abrede stellten. — Ich begnügte mich demnach den Abscefs hinter dem Ohre zu spalten und eine Salbe aus Zinkoxyd mit Salicylsäure zum Verbinden der Geschwüre zu verschreiben.

Nach Spaltung des Abscesses konnte man deutlich eine beträchtliche Vertiefung im Proc. mastoid. und somit eine fast totale Zerstörung dieses Knochens wahrnehmen. Druck auf denselben von aufsen her bewirkte reichlicheren Eiterabflufs aus dem Gehörgange. Das Gehör auf dieser Seite war gänzlich aufgehoben: hält man eine Uhr rechts, so wendet das Kind das Gesicht nach der Uhr zu, auf der linken Seite dagegen wird das Ticken der Uhr nicht wahrgenommen.

Ungefähr nach Ablauf eines Monates hatte ich Gelegenheit das Kind abermals zu sehen und mufste ich leider konstatieren, dafs der Zustand desselben bedeutend sich verschlimmert hatte, in der Inguinalfalte hatten sich die Geschwüre vergröfsert. Von seiten des Ohres war auch keine Besserung wahrnehmbar, obschon Ausspritzungen mit Borwasser häufig in Anwendung kamen.

Jetzt endlich entschlossen sich die Eltern des Kindes zu einer spezifischen Kur. Rücksichtlich der Wahl der Merkurialpräparate entschied ich mich für Kalomel, da ich die Toleranz der Kinder für dasselbe öfters erprobt und die prompte Wirkung desselben konstatiert hatte. Ich verordnete:

℞ *Calomel. vap. par.* 0,006
Sacchar. alb. q. s. u. f.
pulv. tal. dos. aequ. No. 30.
S. 3 Stück pro die zu nehmen.

Zu der ganzen Mischung wurden noch 10 Tropfen Laud. Syd. zugesetzt, um eventuelle Durchfälle zu verhüten. Ferner wurde eine Schmierkur angeordnet: es wurde nämlich ein erbsengroſses Stück von Ung. Hydr. ciner. täglich eingerieben. Auf die schankrösen Geschwüre wurde Aq. phag. nigr. appliziert. Kaum waren 2 Wochen vergangen, als das Kind von seinem Übel gänzlich befreit ward. Auch die Eiterung aus dem Ohre versiegte. In den Intervallen zwischen je zwei Kalomelprisen verordnete ich, dem allgemeinen Kräfteverfall des Kindes Rechnung tragend, Ferr. jodat. sacchar.

Seitdem erfreute sich das Kind der besten Gesundheit.

So wurde auch durch die spezifische Therapie die Diagnose Syphilis bestätigt.

Konstantinopel, den 1. August 1887.

Der Urethral-Irrigator.

Eine neue Form von Trippersprützen.

Von

Dr. O. Petersen

in St. Petersburg.

Seit die Urethritis infectiosa mit Einspritzungen behandelt wird, ist eine groſse Reihe der verschiedensten Formen von Trippersprützen vorgeschlagen worden, die aufs mannigfaltigste variieren, namentlich bezüglich ihrer Spitzen. Bald ist die Spitze 1 cm lang, bald bis zu 6—8 cm; bei den einen ist das Ende konisch, bei den andern kugelförmig. Zinn, Hartgummi, Glas, alle diese Stoffe sind verwandt worden. Auch die Gröſse variiert bedeutend. Dieses beständige Modifizieren der Sprützen weist daraufhin, daſs die „Normalspritze“ noch nicht gefunden ist. Um nur einen Schritt der Erreichung derselben näher zu kommen, erlaube ich mir nachfolgenden Vorschlag den Fachkollegen zur Begutachtung vorzulegen:

Abgesehen davon, daſs oftmals nicht die Spritze, sondern das Unvermögen des Patienten die Schuld trägt, wenn die ge-

wünschte Wirkung nicht eintritt, haben die mir bekannten Spritzen alle zwei Fehler an sich. Erstens ist die Öffnung der Spitze viel zu eng, dadurch der Strahl sehr dünn und reizend. Zweitens haben die Stempelspritzen wie Kugelspritzen den Nachteil, dafs man keinerlei Kriterium für die angewandte Druckkraft, mit welcher die Flüssigkeit in die Harnröhre gedrängt wird, besitzt. Bald spritzt der Patient zu energisch, dann geht die Flüssigkeit bei Leuten mit schwachen Blasensphinkter bis in die Blase und erzeugt Cystitis, meist aber drückt der Patient aus weiser Vorsicht zu mäfsig, und die Flüssigkeit gelangt nicht weit genug. Endlich wäre noch das Beschwerliche der Reinigung und Desinfektion der Spritze zu erwähnen. Nicht selten habe ich es gesehen dafs die Urethritis durch unreine Spritzen geradezu unterhalten wird, und das Leiden schwindet, sobald Patient sich eine neue Spritze anschafft. Alle diese Übelstände glaube ich durch die Konstruktion eines kleinen Irrigators von der nachstehend beschriebenen Form beseitigen zu können: Er besteht aus einem ca. 12 cm langen Probierröhrchen von ca. 2 cm Durchmesser, dessen Ende ausgezogen und mit einer ca. 8 mm weiten Öffnung versehen ist. Auf den auf diese Weise entstandenen Hals wird ein Gummischlauch von 1—1,50 Meter gezogen, in dessen Ende eine Glasolive hineingesetzt wird mit entsprechend breiter Öffnung, d. h. 2—3 mm, je nach der Weite des Orific. urethrae.

Will man nun eine Injektion machen, so knickt man das obere Ende des Gummischlauches ab, füllt die Glasröhre, läfst die Knickung los, worauf sich Schlauch und Olive mit Flüssigkeit füllen, und läfst die Luftblasen heraus; nun befestigt man sich den Aufhänger der Glasröhre an einem Knopfloch, kneift den Schlauch an der Olive zusammen, setzt die Olive, welche der Urethralmündung angepafst sein mufs, an diese fest an und nimmt die Finger vom Schlauch. Man kann nun mit der andren Hand die Glasröhre heben und senken und auf diese Weise jeden beliebigen Druck ausüben.

Die Patienten gewöhnen sich, wie ich aus meiner Hospital- und Privatpraxis ersehen, leicht daran, den Apparat zu handhaben. Zu erwähnen wäre noch, dafs zuweilen die Peristaltik

der Harnröhre dem Einfliefsen der Flüssigkeit einen Widerstand entgegensetzt. Wartet man dann einige Augenblicke, so geht die Flüssigkeit ruhig weiter, oder man hebt die Röhre etwas höher.

Seit ca. 1½ Jahren habe ich diese Urethralirrigatore nun vielfach benutzen lassen und bin mit dem Erfolg völlig zufrieden, nur mufs man darauf achten, dafs der Gummischlauch keine zu dicken Wandungen hat, und „roter" nicht „schwarzer" Gummischlauch genommen wird, und dafs der Patient die richtige Gröfse der „Olive" erhält. Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf hinweisen, dafs bisher viel zu wenig auf die Gröfse des Orificium urethrae geachtet wird, welches individuell bedeutenden Schwankungen unterworfen ist. (Nach vielfachen in letzter Zeit von mir vorgenommenen Messungen beträgt die Länge des Spaltes von 2—12 mm. Eingehende Messungen werden gegenwärtig in meinem Hospital vorgenommen.) Entsprechend mufs man auch verschiedene Gröfsen der „Oliven" für die Irrigatore vorrätig haben. Bisher sind hier im Handel 4 Nummern. Meist mache ich es jedoch so, dafs ich einen kleinen Wachsabdruck des leicht auseinander gezogenen Orificium urethrae abnehme und den Patienten damit in die Glaswarenhandlung sende, wo in kurzer Zeit ein entsprechender „Ansatz" hergestellt wird.

Zum Schlufs mufs ich nochmals hervorheben, dafs ich die Spritze in vorliegender Form noch entschieden für vervollkommnungsfähig halte und es mir vor allem nur darauf ankommt, als Prinzip aufzustellen, dafs man beim Injizieren dem dabei verwandten Druck und der Öffnung des Ansatzteiles die entsprechende Aufmerksamkeit zuwende.

Zur Kasuistik des Lichen ruber. Lichen ruber in Ungarn.

Von

Dr. S. Róna

in Budapest.

(Fortsetzung.)

11. Fall. Lichen ruber planus primär aufgetreten am Penis. K. M., 25jähr. Mediziner, kam am 25. November 1886 mit beiderseitiger Epididymitis auf meine Poliklinik. Auf mein Anraten ging Patient ins Spital, von wo er mit einer kleinen nufsgrofsen Verhärtung am 6. Januar 1887 entlassen wurde, und stellte sich mir vor. Seit dieser Zeit zeigte er sich monatlich einmal bei mir. Am 16. März machte er mich auf einen kleinen roten Fleck an der glans penis aufmerksam, welchen er seit 7 Tagen zu bemerken angibt, und welcher auch seitdem schon etwas zugenommen haben soll. Dieser Fleck soll nach erhöhter geschlechtlicher Erregung entstanden sein und verursachte keine subjektiven Symptome. Pat. hatte vorher nie einen Ausschlag, hat nie an Syphilis gelitten und den Beischlaf, seitdem er krank ist, nicht ausgeübt. Er hatte nie an Rheumatismus oder einer Nervenkrankheit gelitten. In der Familie kamen chronische Hautkrankheiten nicht vor.

Stat. praes. 16. März. An der Dorsalfläche der Glans (Präputium ist zirkumcidiert) sieht man eine 6 mm breite, 1 cm lange, von der Eichelkrone dem Orificium zugehende schiefergraue, ½ mm emporragende, zähe, konsistente, scharfbegrenzte, mit matter, nicht glänzender Oberfläche versehene Infiltration, welche weder Jucken noch Schmerz verursacht, und welche in der Mitte ihrer unteren Hälfte eine hirsekorngrofse seichte Depression zeigt. Die ganze Haut ist normal.

Verlauf. 23. März. Die Epidermis an der Plaque wird weifslich, trocken, runzelig.

4. April. Die Plaque hat je 1 mm zugenommen, die exzentrische eingesunkene Stelle ist tiefer und gröfser geworden; an den Rändern in der Umgebung keine Knötchen wahrnehmbar.

19. April. Die Plaque geht auf die Basis der Krone hinunter und ist 13 mm lang, elliptisch und 7 mm breit. Am rechten Rande sieht man mittels Lupe (10fache Vergröfserung) 2 glänzende Knötchen. Die Vertiefung ist 4 mm lang und 2 mm breit. Die Plaque wird dadurch kreisförmig, deren vertiefte mittlere Partie der gesunden Glanshaut ähnlich kommt, nur dafs sie etwas dunkler gefärbt ist. An der vorderen Hälfte der Plaque 2—3 kleine Schüppchen. Die übrige Haut ist ganz normal, ausgenommen die Perinealgegend, wo Pat. seit einigen Tagen ein akutes Ekzem bemerkt. Pat. verspürt seit 2 Tagen an den Beugeflächen der Arme mäfsiges Jucken.

Mundschleimhaut. An der Schleimhaut der Wange links nahe dem Mundwinkel einige stecknadelkopfgroſse, lebhaft weiſse Knötchen.

27. April. In der Mitte der vorderen Hälfte der Plaque ist auch eine stecknadelkopfgroſse Depression. Nirgends Defurfuration. Die übrige Haut ist gesund. Nirgends Jucken. An der Schleimhaut der rechten Wange diffuse, grauweiſse Trübung; am harten Gaumen, an den Gingiven stellenweise diffuse Trübungen. An der rechten Wangenschleimhaut sieht man auſserdem eine 1 cm lange, $^1/_2$ cm breite elliptische Scheibe, deren Rahmen ein kaum etwas emporragender grauweiſser Ring bildet, welcher aus den aneinandergereihten Knötchen zusammengefügt zu sein scheint, und deren Mitte mit neugebildetem Epithel bekleidet ist. Auſser dieser Scheibenform sind noch 2 linsengroſse, unregelmäſsige, diffuse, grauweiſse, nicht abschabbare, in ihrer Mitte zerklüftete, erhabene Schleimhautplaques. Pat. weiſs von diesen Schleimhautabnormitäten nichts.

4. Mai. Die Plaque der Glans ist jetzt $1^1/_2$ cm lang, 1 cm breit, deren untere ringförmige Hälfte eine linsengroſse gesunde Hautstelle einschlieſst, während der Ring selbst noch die oben beschriebene Beschaffenheit der Plaque besitzt. Jucken an verschiedenen Körperstellen ohne objektive Symptome. An der Schleimhaut der linken Wange, dem Weisheitszahn gegenüber neue Knötchen.

Anfangs Juni sah ich Pat. wieder. Die Plaque der Glans hat sich in einen sehr flachen Ring umgewandelt und involviert sich ganz. Mundschleimhaut ist fast so wie oben. Haut ganz normal. Pat. ist abgereist und kommt erst im September wieder.

12. Fall. Lichen ruber planus. K. W., 46jähr. Schneidersgattin, kam am 14. April auf meine Poliklinik.

Anamnese. Pat. ist seit 24 Jahren verheiratet, hat 7 Kinder geboren, von denen 3 leben, 4 im Säuglingsalter gestorben sind. In der Familie kam keine Hautkrankheit vor. Vor 8 Jahren hatte sie Perimetritis. Seit 6 Jahren hustet Patientin. Kopfschmerz, nervöses Leiden, Rheumatismus hatte sie nie.

Im Sommer 1884 bemerkte sie an beiden Fuſsrücken, an den Beugeflächen der oberen Extremitäten stecknadelkopfgroſse und gröſsere „rote, trockene Knötchen“, auf welche sie durch das heftige Jucken aufmerksam wurde. Im Frühling 1885 wurde sie auf der Poliklinik des Herrn Professor Schwimmer wegen Lichen ruber planus innerlich mittels Arsen und äuſserlich mittels Unnascher Salbe behandelt. In 3 Monaten haben sich die Knötchen zurückgebildet, trotzdem sie nur 60 Pillen (à 5 mg. Arsen) genommen hat. Gegen das Jucken wandte Pat. nebst der Salbe mit Vorteil Zitronensaft an; sie lobte sehr dessen Wirkung.

Bis September 1886 fühlte sich Pat. sehr wohl; da bemerkte sie neuerdings, durch Jucken aufmerksam gemacht, an den Fuſsrücken einen roten Ausschlag, welcher sich seitdem auf die Unter- und Oberschenkel verbreitete. An den unteren Extremitäten hatte sie schon seit Jahren Varices.

Das Jucken quält sie nur abends bei der Entkleidung, bei Tag selten. Im Mund keine Abnormitäten.

Stat. praes. Untere Extremitäten. Dorsale Fläche der Füfse, der innere Rand der Fufssohlen ist mit einem blauen Netz erweiterter Venen durchzogen. An den Rändern der Fufssohlen kein Ausschlag. An der Dorsalfläche hingegen zahlreiche, meistens linsengrofse, blaurote oder schmutzig braunrote, glatte, flache, scharfbegrenzte, kreisrunde oder unregelmäfsig geformte, 1/4 mm erhabene Infiltrationen; nur 5—6 sind erbsengrofs. Zwischen diesen Formen sieht man zerstreut stecknadelkopfgrofse, flache, gelblichrote, auch blafsrote, glänzende Knötchen. Nirgends Abschuppung, an den Knötchen keine Schuppen. An den Plaques ist das Zentrum dunkler, hier und da fahl mit rauher, punktierter Oberfläche. Bei Anfühlen sind sie hart, trocken, mit stark ausgeprägten Furchen. Oberhalb des rechten äufseren Knöchels ist eine thalergrofse Gruppe von mehreren linsengrofsen Plaques, zwischen ihnen sind gesunde Hautstellen. Am linken inneren Knöchel sind mehrere linsengrofse Plaques. Mehrere ähnliche sind am Unterschenkel bis zum unteren Drittel. Am äufseren linken Knöchel sitzt eine erbsengrofse, mit eingetrocknetem Blute bedeckte Plaque auf einer Varix. An beiden Unterschenkeln sind stark erweiterte Venen zu sehen ohne Plaques, in ihrer Nachbarschaft befinden sich aber 5—6 linsengrofse Plaques und einzelne primäre, glänzende, flache Knötchen. In den Kniebeugen sind zahlreiche, gelbe, gelbrote, glänzende, bis hirsekorngrofse, auch gedellte Knötchen. An den Oberschenkeln sind die Venae saphenae erweitert, keine Plaques an den Erweiterungen. Ringsherum an den Oberschenkeln, die vorderen Flächen ausgenommen, sind zahlreiche gelbliche, gelbbraune, braunrote, glänzende, schuppenlose Knötchen. Crural- und Inguinalgegend gesund.

Der Stamm ist frei, nur oberhalb der rechten Brustdrüse ist eine 4 cm grofse, 1 mm breite, aus glänzenden, hirsekorngrofsen, ungedellten, gelben Knötchen gebildete, einer Kratzwunde entsprechende Linie.

Obere Extremitäten. In den Beugeflächen nur einzelne kaum wahrnehmbare, gelblichweifse Knötchen. Nägel, Handteller gesund.

Kopf und Gesicht frei.

Schleimhäute. Am Frenulum der oberen Lippe 4 stecknadelkopfgrofse, in vertikaler Richtung aneinander gereihte, grauweifse Knötchen. An der Zunge, und zwar ca. 1 cm hinter der Mitte in der Längsachse der Zunge gelegen, 3 linsengrofse, erhabene, in Längsreihe stehende, sehr harte, mit weifslichen Pünktchen versehene rote Papeln, welche sich unter der Lupe als aus Gruppen stecknadelkopfgrofser, grauliche Oberfläche besitzender Knötchen bestehend zeigen. Die übrige Schleimhaut ist gesund.

Der Allgemeinzustand der Pat. war gut. Sie ist sehr stark gebaut, fettleibig.

Man konnte bei ihr mäfsiges Lungenemphysem mit begleitender Bronchitis konstatieren.

Therapie und Verlauf. Täglich 2mal Einreibungen mit Unnascher Salbe ohne Bettruhe.

18. April. Das Jucken läfst nicht nach. Status idem.

2. Mai. Am linken Unterschenkel beträchtliche Besserung; der Ausschlag ist blasser, flacher; am rechten keine merkliche Besserung. An den Oberschenkeln, oberen Extremitäten vermehren sich die primären Knötchen. Während der Einreibung ist das Jucken erhöht, Pat. krazt sich blutig, hört aber gleich danach auf. Seit einer Woche starkes Juckgefühl an der Stirn und Kreuzgegend — ohne objektive Symptome. Schleimhaut wie früher. Zeitweise befällt sie Dyspnöe. Einreibungen werden fortgesetzt.

13. Fall. Lichen ruber planus. St. M., 27jähr. Postbeamter, kam durch die Freundlichkeit des Herrn Prof. Schwimmer in meine Behandlung und Beobachtung am 14. April 1887.

Anamnese. In der Familie kam keine Hautkrankheit vor. Pat. hatte im 8. Lebensjahre Tonsillitis und seitdem zeitweise Malaria. Venerische oder syphilitische Krankheit hatte er nie. 1881 verspürte er nach Erkältung eine Zeitlang Stechen im Rücken. Anfang November 1886 in voller Gesundheit, bemerkte Pat. an der inneren Fläche des linken Unterschenkels ein stecknadelkopfgrofses, solides Knötchen, welches in einem Monat bis zur Erbsengröfse anwuchs. Im Monate Dezbr. bemerkte er wieder unterhalb der linken Brustwarze einen linsengrofsen, roten Fleck, welcher langsam abschuppte. Von Mitte Jan. bis Mitte Febr. 1887 wurde der ganze Körper mit kleinen roten Knötchen dicht besäet. Ein heftiges Jucken trat auf, welches Pat. früh und abends quälte; aber trotzdem schlief Pat. gut und ging seiner Arbeit nach, welche ziemlich aufreibend war. Pat. führt auch seine Krankheit auf die häufigen, aufregenden, unruhigen Nachtinspektionen zurück. Pat. war sonst nie krank, ist nicht nervös. Am 17. Febr. 1887 meldete er sich auf der Poliklinik des Herrn Prof. Schwimmer, wo er bis 14. April mit Sol. ars. Fowleri, Aqua menthae pip. aa p. behandelt wurde. Er nahm bis dort 40 g dieser Mischung, also 20 g reine Sol. arsen. Am 14. April übernahm ich Pat. mit folgendem

Status: Kopfhaut gesund; an der Stirn Akne vulgaris. Gesicht rein, vorderer Teil des Halses an den beiden Schulterblättern von den unteren Winkeln der Schulterblätter bis zum Gesäfs (das letztere wie auch die hinteren Partien der Oberschenkel freilassend), an der Brust nahe dem Halse zerstreut stehende, am Bauch bis zu den Schamhaaren (Penis frei) sehr gedrängt stehende, stecknadelkopf- bis linsengrofse, meistens 1/2 mm emporragende, gelblichbraune, braunrote, flache, halbkugelige, rundliche, obtuse, viele in der Mitte eingesunkene, viele mit zentralem Stichpunkte versehene, überhaupt seitlich betrachtet glänzende Knötchen. An den Armen nur zerstreut stehende Knötchen, an den Handrücken gar keine; in der rechten Flachhand 1/2 linsengrofser roter Fleck, am rechten Ringfinger, am Nagelfalz ein kleines glänzendes Knötchen. Aufserdem sind zwischen den beschriebenen Knötchen an der Brust und den Bauch erbsen- bis 10-Pfennig-

grofse, durch kreisförmig angeordnete, glänzende Knötchen umrahmte, eingesunkene, tiefbraunrote, infiltrierte Plaques. Die hanfkorngrofsen oder gröfseren Knötchen sind in steter Involution und Abschuppung und sehen dadurch grauweifs aus. Einzelne hanfkorngrofse, nicht schuppende Knötchen haben körnige Oberfläche, als wären sie aus 3—4 kleineren zusammengesetzt. Man sieht auch einzelne fein schilfernde, infiltrierte, braunrote Pigmentflecke.

An den Oberschenkeln, und zwar an der vorderen Fläche von der Inguinalgegend, an der hinteren vom mittleren Drittel bis zu den Knieen in fortwährend zunehmender Zahl stecknadelkopf-, hanfkorn- bis bohnengrofse, letztere bis 1 mm erhaben, mit fest haftenden feinen Schüppchen versehene, aber noch glänzende Knötchen und Plaques zu sehen. An den Unterschenkeln und zwar ringsherum bis zu den Knöcheln sind zahlreiche, meistens bohnengrofse, längliche, bis 1 mm erhabene, mit silberweifsen, trockenen Epidermispartikelchen bedeckte, der Psoriasis nicht unähnliche, stark juckende, sehr harte Knoten. Am linken Unterschenkel, innere Fläche, oberes Drittel eine 10Pfenniggrofse, schiefergraue, flache, rauh sich anfühlende, fast schuppenlose Plaque (ältester Herd). An den Unterschenkeln sieht man aufserdem einzelnen Haarfollikeln entsprechend stecknadelkopf- bis hirsekorngrofse, rote, spitzige Knötchen, deren Spitze mit weifser Epidermis gefüllten, trichterförmigen Vertiefung und einem Haarstümmelchen versehen ist. Die weifsen Haarfollikel sind aber gesund und ihre Umgebung frei.

An den Fufsrücken vereinzelte, winzige, glänzende Knötchen. Fufssohlen und Nägel gesund.

Schleimhäute. Die ganze Mundschleimhaut, Gingiven und harten Gaumen ausgenommen, gleichförmig weifsgrau, beim Anfühlen aber hat man das Gefühl, als möchten unsre Finger über eine tierische Membran gleiten, in welche Sandkörner eingebettet sind. Mittels Lupe sieht man auch kleine Knötchen. Vor 4 Wochen, als ich Pat. zuerst sah, waren diese Stellen ganz normal, und nur an der oberen Lippe nahe zum linken Mundwinkel waren auf ca. 1 qcm grofser Fläche zerstreut stehende, mohnkorngrofse, sehr derbe, grauweifse Knötchen zu sehen. Ebenfalls damals war auch neben der Uvula links ein hanfkorngrofses, $1^1/_2$ mm hervorragendes, an der Oberfläche himbeerartig gekörntes Gewächs zu sehen. Die Zunge ist mit eben solchem, nicht abwischbarem, getrübtem Epithel belegt, als die Wangenschleimhaut; die Papillen sind an den vorderen Partien abgeflacht, verwischt.

Das Allgemeinbefinden des Pat. ist ein ziemlich gutes. Innere Organe zeigen nichts Abnormes.

Verlauf. Vom 18. April nimmt Pat. kein Arsen mehr — gebraucht nur Unnasche Salbe 2mal täglich; dabei geht er aber seinen Pflichten nach.

21. April. Jucken an den Fufssohlen; daselbst erbsengrofse Blasen. Am rechten Fufse hatte Pat. schon vor 4 Wochen solche Blasen. Mäfsige Hyperidrosis an den Fufssohlen. Inguinaldrüsen sind haselnufsgrofs und gröfser; alle palpablen Drüsen sind intumesziert (wie bei Prurigo).

25. April. Pat. ist sehr nachlässig; bisher machte er nur 5 Einrei-

bungen. Die Papeln flachen sich überall ab; an vielen Stellen sieht man nur mehr infiltrierte Pigmentflecke. Die Plaques an den Unterschenkeln erkennt man kaum.

14. Mai. 13 Einreibungen. Nur mehr infiltrierte Pigmentflecke.

1. Juni. Schmutzig braune Pigmentflecke, einzelne neue Knötchen am Stamm. Mundschleimhaut gesund, nur das beerenähnliche Gewächs zu sehen.

Bisher wandte er nur UNNAsche Salbe an. Zur Nachkur verordnete ich Arsen.

14. Fall. Lichen ruber planus. K. K., 48jähr. Köchin, kam am 23. Juni d. J. auf die Abteilung des Herrn Prof. SCHWIMMER. Ich nahm die Anamnese und Stat. praes. am 28. Juni auf.

Anamnese. Vor 10 Wochen bemerkte Pat. um das rechte Fußgelenk stecknadelkopfgroße, rote, sehr juckende Knötchen, welche sich vermehrten und vergrößerten und ihre Farbe änderten. Langsam entwickelten sich auch am linken Fußgelenk, an dem Fußrücken, Unterschenkeln, Handrücken, an beiden Flächen der Vorderarme ähnliche Effloreszenzen. Das Jucken quälte Pat. besonders bei Tag, wenn sie am Herd stand und schwitzte.

9 Kinder brachte sie zur Welt, von welchen 4 leben, die übrigen in der Jugend starben. Seit 27 Jahren hat sie erweiterte Venen an den Unterschenkeln. Seit 6 Jahren hat sie häufige Krämpfe in den Wadenmuskeln, aber nur bei Nacht, nach ermüdender Tagesarbeit. Seit 3 Jahren leidet sie an rechtsseitiger Hemikranie. Bis auf diese war sie aber stets gesund und hatte noch bis vor einer Woche fortwährend gekocht, gewaschen etc., obzwar sie sich, seitdem sie den Ausschlag hat, innerlich schwächer fühlte. Der Ausschlag kam ohne Fieber, ohne Frost, verbreitete sich langsam, verursachte aber außer Jucken keine andern Beschwerden. Vor dem Ausschlag erkältete sie sich nicht; auch hat sie nie an Rheumatismus gelitten. In ihrer Familie kamen nie Hautkrankheiten vor. Seit 10 Wochen degenerierten ihre Fingernägel angeblich von der Arbeit.

Stat. praes. Pat. ist wohlerhalten, kräftig, etwas fettleibig. Innere Organe normal; Verdauungssystem mit gehöriger Funktion.

Haut. Im Gesichte links markstückgroßer, kaffeebrauner Pigmentfleck (angeboren). Ohren, Kopfhaut, Gesichtshaut zeigt weder Knötchen, noch Infiltration, noch Abschuppung. An der hinteren Partie des Halses sieht man hanfkorn- bis hirsekorngroße, abgeflachte, einzelne mit punktförmiger Einsenkung versehene, wachsartig schimmernde Knötchen. Außerdem 2 senkrechte, je 2 cm lange, aus glänzenden, gelblichroten Knötchen bestehende Linien (Kratzspuren).

Stamm. Rücken ganz rein, nur an der Umbindungsstelle 3 hanfkorngroße, mit festhaftenden Schüppchen versehene, an der Brust, an der Berührungsstelle der Haut und der rechten Mamma 3 hirsekorngroße, nicht glänzende Knötchen und eine erbsengroße, glänzende, eingesunkene, gelbrote Plaque. Der Bauch zeigt nur 5—6 hirsekorngroße, glänzende, flache Knötchen. An beiden Glutäalgegenden sieht man je eine erbsengroße, mit

rotbraunem Knötchenkreis umrahmte, feinschilfernde, dunkelbraunrote Infiltration und aufserdem zahlreiche, sehr kleine Knötchen von wachsartigem Glanz.

Obere Extremitäten. Am rechten Oberarm im unteren Drittel (Streckseite) sind einzelne hirsekorngrofse, glänzende, nicht schuppende Knötchen. Innere Fläche, sowie linker Oberarm sind frei. Gelenkbeugen, frei. Die Vorderarme zeigen auf beiden Seiten, so auch die Handrücken aufser primären, gedellten, gelblichroten, glänzenden Knötchen, hanfkorn- bis fünfpfenniggrofse, unregelmäfsig geformte, bläulichrote, in ihrer Mitte flache oder vertiefte, $^1/_2$—1 mm erhabene, mit weifslichen, festhaftenden Schüppchen versehene Plaques in grofser Zahl. Am linken Handrücken sieht man aufserdem eine thalergrofse, mit schwärzlichem Zentrum versehene, mit grofsen, dicken, hornartigen Epidermismassen bedeckte Plaque, welche in unregelmäfsiger Anordnung von bis erbsengrofsen, livideroten, mit zahlreichen, in der Infiltration selbst liegenden, weifslichen Pünktchen und Äderchen versehenen Knoten und Plaques umgeben ist. Letztere schuppen auch teilweise oder sind ebenfalls mit hypertrophischen Epidermismassen bedeckt. An den Fingerrücken sind blaurote, geschmeidige, gröfsere infiltrierte Flecke und einzelne Knötchen. In den Handtellern ist die Epidermis verdickt, stellenweise fein gelöchert, in den physiologischen Furchen feine Abschilferung zeigend. Die Fingernägel sind alle krank, vom freistehenden Ende bis zur Mitte halbmondförmig, käsegelb oder schwarz von Schmutz verdickt.

Untere Extremitäten. Am linken Oberschenkel bis zur fossa poplitea nur primäre Knötchen. Hier aber, wie auch an der inneren Fläche des rechten Oberschenkels, sowie über den Kniescheiben, Fufsrücken sind erbsen- bis 20pfenniggrofse, am rechten Fufsrücken bis handtellergrofse, mit blaurotem Rande umgebene, 1 mm emporragende Plaques, deren Oberfläche schiefergrau bis erdfahl oder schwarzgefärbt ist und durch verhornte Epidermisschichten das Aussehen und das Gefühl von einer Ochsenzunge hat Die Oberfläche dieser Plaques ist konvex, konkav oder plan. Die Infiltration selbst ist sehr hart, rigid und nur stellenweise schuppend. Zwischen ihnen hirsekorn- bis linsengrofse, flache, glänzende Knötchen en masse. Am inneren Rand der linken Sohle sind stecknadelkopf- bis linsengrofse, braunrote Stellen mit zerklüfteten, fragmentarischen, weifsen Epidermismassen; am rechten Rande derselbe Zustand, nur sind hier einzelne tylotische Verdickungen der Epidermis vorhanden. Nägel gesund, die Efflorezenzen folgen nur an der Aufsenseite der Fufsrücken und am rechten Oberschenkel den erweiterten Venen.

Mundschleimhaut normal.

Therapie. Unnasche Salbe. Bettruhe.

14. Juli: Bedeutende Abflachung sämtlicher Infiltrate; Jucken hat aufgehört. Pat. liegt noch jetzt auf der Schwimmerschen Abteilung und wird weiter beobachtet.

Anhang.

Mikroskopischer Befund bei Lichen ruber planus (Primäreffloreszenzen). Aus der Rückenhaut des Patienten M. S. (Fall 10) schnitt ich links vom 6. Brustwirbel ein ½ qcm grofses Stück heraus. Es war an diesem Stückchen in der Mitte ein hirsekorngrofses, flaches, glänzendes, mit exzentrisch gelegener, punktförmiger Delle versehenes Knötchen, und von diesem rechts und links durch gesunde Haut getrennt je ein sehr kleines glänzendes, mit freiem Auge kaum sichtbares Knötchen vorhanden.

Das in absolutem Alkohol gehärtete Stück zeigte kaum merklich in der Mitte die flache Erhabenheit, deren obenerwähnter Glanz gleich nach dem Herausschneiden verschwand. Es wurden Serienschnitte gemacht und meistens mit Am. Karmin und Hämatoxylin gefärbt.

Bei 100facher Vergröfserung fand ich folgende Verhältnisse: Die krankhaften Partien sind plateauartig, kaum erhaben über das Niveau der gesunden Haut.

Hornschicht. Über den merkbar krankhaften Stellen, besonders dem mittleren Knötchen entsprechend, mehrere Schichten fehlend, teilweise losgelöst, also dünner als an den gesunden Stellen (Maceration). Am mittleren gröfseren Erkrankungsherd sieht man eine exzentrisch gelegene, sehr kleine, mit Hornzellen ausgefüllte trichterförmige Vertiefung, welche in die Stachelschicht hineinragt (die makroskopische Vertiefung).

Stachelschicht. An den, den Knötchen entsprechenden Partien um das doppelte verdickt, nur an den Rändern sichtbar, kleine interpapilläre Fortsätze in die Cutis schickend, sonst aber am mittleren Teil der Knötchen in einer mit der Cutis verschwommenen Linie endigend. Sie ist an den zwischen der mittleren und den beiden seitlichen Effloreszenzen gelegenen, gesunden Hautstellen normal mit gewöhnlicher Dicke und mit gewöhnlich grofsen interpapillären Fortsätzen. Der trichterförmigen Vertiefung entsprechend geht eine Fortsetzung in die Cutis, welche sich auf einzelnen Schnitten als Haarfollikel und Haarbalgdrüse mit einem winzigen Lanugohärchen versehen entpuppt.

Papillarschicht. Den Erkrankungsherden entsprechend sieht man die Papillarschicht dadurch, dafs

sie stark infiltriert ist, nur schwach angedeutet, nur wie als Fortsetzung der in horizontaler Linie endigenden Stachelschicht. Diese Infiltration begrenzt sich mit konvexem Rande gegen die mittleren Schichten der Cutis. In das mittlere, gröfste Infiltrationsgebiet sieht man deutlich eine Talgdrüse eingebettet, ohne in der Umgebung derselben eine gröfsere Zellenanhäufung zu bemerken, als anderswo. An beiden Enden der Infiltrationsgebiete sieht man 2—3 verlängerte, sehr schmale Papillen mit den korrespondierenden interpapillären Stachelschichtfortsätzen. An den Stellen, welche makroskopisch gesund zu sein schienen, sind die Papillen bedeutend verbreitert und verlängert und schon mit kleinen rundlichen Zellen — dem Verlaufe der Papillargefäfse folgend — mehr weniger besprengt.

Corium. Das Corium zeigt keine wesentlichen Veränderungen, nur die Umgebung der dem Stratum subpapillare angehörenden Gefäfse ist kleinzellig infiltriert.

Bei 600facher Vergröfserung sieht man dieselben Verhältnisse präziser.

Am gröfseren Knötchen Stellen losgelöster Hornschichten; beträchtliche Vermehrung der Körnerschicht (3—5 Reihen) und der Stachelschichtzellen aller drei krankhaften Stellen. Die tieferen Schichten der Stachelschicht bestehen aus horizontal länglichen, lose zusammenhängenden Zellen, zwischen ihnen beträchtlich erweiterte Safträume. Die Konturen der Papillen an den krankhaften Partien sind verwischt dadurch, dafs die Infiltrationszellen aus den Papillen in die tieferen Schichten der Stachelschicht hineindringen und nicht nur die basale Stachelschicht, sondern auch die oberhalb dieser gelegenen Zellreihen auseinandersprengen und zwar so, dafs vereinzelte pigmentierte Zellen der Stachelschicht sowohl in der Stachelschicht selbst als in der Papillarschicht mit Infiltrationszellen vermengt zu sehen sind.

Im Infiltrationsgebiete der Papillen und oberen Coriumschicht des mittleren Knötchens sieht man an einer Stelle die schon oben bemerkte Talgdrüse, und an einer andren einen Haar-

follikel mit den adnexen Ausbuchtungen. (Der Ausführungsgang des letzteren entspricht der makroskopisch wahrnehmbaren exzentrischen Vertiefung des mittleren Knötchens.) An einer gesund scheinenden Stelle sieht man an der Hornschichtoberfläche eine winzige Vertiefung, deren Richtung tiefer verfolgt — findet man Spuren eines Schweifsdrüsenkanals, ohne Infiltrationszellen.

Ich möchte nur noch mit einigen Worten der hypertrophischen Plaque gedenken. Ich habe vom linken Vorderarm (Beugeseite) des H. K. (Fall 14) eine erbsengrofse, rigide, mit hypertrophischer Epidermis bedeckte Plaque herausgeschnitten und mikroskopisch untersucht. Ich habe die Untersuchung noch nicht geschlossen — weil ein grofser Teil der Schnitte durch ein Versehen zu Grunde ging — und will hier nur so viel bemerken, dafs die Hornschicht dieser Plaque 10—15 mal, die Körnerschicht ca. 5 mal (aus 5—8 Zellenreihen bestehend) verdickt ist und dafs sowohl die Papillarschicht als auch die oberen Cutisschichten mit Pigmentschollen über und über besäet sind.

Ein Hautstück (Fall 10) wurde durch meinen Freund und Kollegen Dr. Hugo Preisz, I. Assistenten des path. anatomischen Institutes, auch auf Lassars Bakterien untersucht. Dr. Preisz fand weder nach der von Lassar angegebenen noch nach andrer Methode irgend welche Bakterien.

(Schlufs folgt.)

Berichte über Versammlungen.

Verhandlungen der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 60. Naturforscher-Versammlung in Wiesbaden

vom 19. bis 25. September 1887.

(Nach dem Tageblatt der 60. Naturforscher-Versammlung.)

Einführender: Dr. Touton (Wiesbaden).
Schriftführer: Dr. Boer (Berlin).
Dr. Grossmann (Wiesbaden).
Dr. Harttung (Breslau).
Dr. O. Rosenthal (Berlin).

Konstituierung der Sektion: Montag, den 19. September.

Der Einführende, Dr. Touton, begrüfst die anwesenden Mitglieder; er macht sodann einige geschäftliche Mitteilungen und legt hierauf sein Amt als Einführender der Sektion nieder, um dieser die Wahl des Vorsitzenden für die erste Sektionssitzung zu überlassen.

Hierauf wird Dr. Touton einstimmig zum Vorsitzenden für die erste Sektionssitzung gewählt.

I. Sektions-Sitzung, Dienstag, den 20. September, 8½ Uhr vormittags.
Vorsitzender: Touton, Wiesbaden.

1. Finger, Wien: **Über Pathologie und Therapie der chronischen und akuten Urethritis.** Finger bespricht die Anatomie und Physiologie der Pars posterior urethrae und Blase, die Pathologie und Diagnose der Urethritis acuta anterior und posterior, die Symptome der chronischen Urethritis der Pars cavernosa, bulbosa, membranacea und prostatica; die Therapie derselben mit Anwendung von Adstringenzien, als deren Vehikel er Lanolinsalben empfiehlt, die mit einer von Tommasoli angegebenen Spritze injiziert werden, schliefslich die Anwendung Otisscher Sonden und Unnascher Salbensonden.

2. Nöggerath, Wiesbaden: **Über latente und chronische Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht.** N., einer Aufforderung (in der Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie) über chronische und latente Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht zu sprechen, folgend, legte einen Überblick des jetzigen Standes der Frage bei den Gynäkologen und der entstandenen Streitpunkte dar.

Was zuerst die Frage der Häufigkeit der Affektion betrifft, bestand er darauf, dafs nicht nur in Städten ersten Ranges, sondern auch in kleineren Komplexen, besagte Affektion die häufigste Erkrankung des weiblichen Geschlechtes sei. Eine definitive Lösung der Frage sei vorläufig unmöglich:

1. wegen des verschiedenen Auftretens der Erkrankung in verschiedenen Lokalitäten;
2. wegen der verschiedenen Disposition und Fähigkeit der Ärzte, die Erkrankung zu diagnostizieren;
3. wegen der Unmöglichkeit, in jedem Falle Gonokokken nachzuweisen.

Auch die Versuche die Häufigkeit des Vorkommens aus der Anzahl der mit gonokokkenhaltigem Lochialsekrete oder mit Blennorrhöesekrete behafteten Individuen zu berechnen, scheitert an dem Umstande, dafs chron. Gonorrhöe die häufigste Ursache der Sterilität ist.

Seit den letzten 15 Jahren haben die Gynäkologen sich bestrebt, die Diagnose der Erkrankung auch für die Fälle zu machen, in welchen Gonokokken nicht nachgewiesen werden können.

Wenn es schon schwierig ist, in Fällen von chronischer Urethritis

beim Manne die Gegenwart der Kokken zu demonstrieren, so wachsen diese Schwierigkeiten bei der Frau in gleichem Verhältnisse mit der Ausdehnung des Untersuchungsfeldes und der gerade für solche Fälle charakteristischen Vulnerabilität der Sexualorgane. Doch stimmen die Resultate von Neisser und Schwarz darin überein, dafs ersterer für den Mann, letzterer für die Frau in etwa 50 % der Fälle keine Gonokokken nachweisen konnte.

Obschon nach Neisser keine Gefahr der Ansteckung mehr existiert bei konstatierter Abwesenheit von Gonokokken im Sekrete der männlichen Urethra, so können die Gynäkologen doch die Folgen dieser Anschauung nicht insofern praktisch schon verwerten, dafs sie einem Manne mit chron. Gonorrhöe gestatten könnten zu heiraten:

1. weil wenige Untersucher in jedem Falle mit absoluter Sicherheit die Frage der Abwesenheit der Mikroorganismen in chron. Fällen entscheiden können;
2. weil auch gonokokkenfreie Sekrete eiterige Blennorrhöen erzeugen können. (s. Körner, Verhandl. d. 1. Sekt. d. Gynäkol.-Kongr.);
3. weil Gonokokken im Sekrete der Prostata, Samenbläschen etc. enthalten sein können;
4. weil nach den Experimenten von Hiller auch durch chemische Reize erzeugte Katarrhe der Harnröhre andre Individuen zu infizieren im stande sind.

Zur Frage der Diagnose übergehend, und zuerst die Ätiologie besprechend, erklärte Dr. Nöggerath, dafs er seinen pessimistischen Standpunkt, in der Monographie aus dem Jahre 1872 vertreten, aufgegeben habe und dafs er jetzt nur den Tripper des Mannes als unzweifelhafte Ursache der Erkrankung der Frau anerkenne, 1. wenn derselbe die Ehe kurz (1—3 Monate) nach geheiltem Tripper eingegangen, 2. wenn er latente oder chronische Gonorrhöe nachweisen könnte.

Die Diagnose der chronischen Gonorrhöe mit akuten Anfällen (akute und recidivierende Perimetritis) ist nicht schwierig. Es gehört dazu Konstatierung der oben angeführten ätiologischen Thatsachen und die Diagnose der Salpingitis. Die Sängersche Einteilung in tuberkulöse, aktinomykotische, septisch-puerperale, syphilitische und gonorrhoische besteht unangefochten fest.

Nöggerath entwickelte nun seine Ansicht, dafs die Fälle, welche als puerperal-septische aufgefafst worden seien, einer Form von Puerperalerkrankungen zugeschrieben werden müfsten, welche fälschlich Puerperalfieber genannt worden sei; der gröfste Teil beruhe auf einer, im Wochenbette zum akuten Stadium exacerbierten, gonorrhoischen Salpingitis und Peritonitis.

Die Diagnose der chronischen Erkrankung ohne akute Schübe setzt sich aus folgenden Symptomen zusammen:

1. Erkrankung einer gesunden Frau kurz nach der Heirat an einem Leiden der Geschlechtsorgane, welches häufig das Wohlbefinden der

Betroffenen in einem Grade alteriert (Gewichtsverlust), welche zu den scheinbar geringen Veränderungen der Sexualorgane in keinem Verhältnisse steht.

2. Eiteriger Ausfluſs bei Abwesenheit von ausgedehnten Erosionen, Granulationen, fungösen Wucherungen, Sarkom, Karcinom, oder glasiges Sekret mit schmaler hochroter Erosion am Muttermund.
3. Katarrh der Ausführungsgänge der Vulvo-Vaginal-Drüsen.
4. Kleine spitze Kondylome, in verschiedenen Lokalitäten der Scheide.
5. Ein Kranz kleiner Kondylome dicht oberhalb des orif. ani.
6. Die Gegenwart einer Kolpitis granulosa.
7. Salpingo-perimetritis oder
8. Ovariitis glandularis.

Jedes einzelne dieser Symptome für sich herausgenommen hat natürlich keinen Wert, es ist nur die Kombination einer Gruppe oder aller, welche die Frage entscheiden können.

3. Oberländer, Dresden: a. **Über Veränderungen der Vaginalschleimhaut von an chronischer Gonorrhöe leidenden Prostituierten.** O. hat nach elektroendoskopischen Studien und pathologisch-anatomischen Befunden die chronische Gonorrhöe der männlichen Harnröhre in verschiedene präzis auseinander zu haltende Spezies eingeteilt. Die eine besteht in einer dichten kleinkörnigen Infiltration der Mucosa und angrenzenden Partien, sie geht mit einer hypertrophisierenden Entzündung der Littréschen Drüsen einher. Die selbst unter Umständen sehr hypertrophisch gewordene Mucosa ist dabei aufserordentlich spröde und leicht verletzlich geworden. Entsprechende Zustände finden sich an den Carunculae myrtiformes und den Karunkeln der Urethra bei Prostituierten, die längere Zeit an Gonorrhöe gelitten haben. In Anfangsstadien bestehen nur leichte Schwellungen, die dann später zu hypertrophischen Zuständen der Karunkeln führen können; hochgradig werden diese Fälle bis zur Gröfse einer Kirsche beobachtet. Die zweite Hauptspezies von chronischer Entzündung beginnt als follikuläre Schwellung von Gruppen Littréscher Drüsen, die dann eine weitgehende Infiltration der Schleimhaut verursachen. Dabei ist die Schleimhaut stets trocken und mit proliferiertem Epithel bedeckt.

Die Schleimhaut geht, nach unter Umständen jahrelangem Bestehen, daselbst auch mit angrenzenden Partien der Schwellkörper zu Grunde. Das Analogon dieser Spezies findet man im besprochenen Falle in kleinen, trockenen, erhabenen Flecken von verschiedener Ausdehnung an der Basis der Carunculae myrtiformes und der vorderen Partien der Vaginalfalten. Dieselben werden in den Anfangsstadien oft übersehen und sind, vernarbt als vertiefte, mattgraue Flecken deutlich erkennbar. Sie sind mit proliferiertem Epithel bedeckt und sehr oft stark pigmentiert.

4. Oberländer, Dresden: b. **Die papillomatöse Entzündung der männlichen Harnröhrenschleimhaut.** Oberländer unterscheidet zwei

Arten, eine mehr akute Form, wo die Wucherungen nicht lange persistieren und weich sind, ebenso nicht in so grofser Anzahl vorhanden sind als bei der andren Form. Die Fälle haben eine mittlere Andauer von 3—6 Monaten und können auch ohne bestehende Gonorrhöe sich bilden. Die andre exquisit chronische Art ist fester konstruiert, findet sich stets breitbasiger aufsitzend, zumeist auf lange Strecken und kann in hochgradigen Fällen vollständigen Verschlufs des Harnrohrs zur Folge haben. Die Erkrankung kann auch bei richtiger Behandlung der oft äufserst hartnäckigen Recidive wegen mehrere Jahre anhalten. Sie hat nach Abheilung und nicht mehr Wiedererscheinen der Kondylommassen zumeist eine strikturierende Schleimhautentzündung zur Folge, die von Oberländer in seinen Schriften als Urethritis glandularis hypertrophica genannt ist. Die Entfernung der Papillome geschieht mit Tamponekrasement.

Alsdann demonstriert Oberländer seine Methode, die chronische Gonorrhöe mit einem von ihm angegebenen Intraurethrotom und galvanokaustisch zu behandeln.

5. Schütz demonstrierte einen neuen Apparat (Diaphotoskop) zu medizinischen Beleuchtungszwecken, und namentlich zur Erhellung des endoskopischen Sehfeldes. (s. Originalabhandlung nebst Abbildung in dieser Nummer der *Monatshefte.*)

Vor Beginn der Diskussion demonstrieren Schütz, Finger und Oberländer ihre auf ihren Vortrag bezüglichen Instrumente.

Diskussion über die Vorträge 1, 2, 3 und 4:

Oberländer, Dresden: Der Gonokokkus bildet den ersten Reiz; dann kapseln sich die Entzündungsherde mit Gonokokken ab und sterben ab. Die chronische Gonorrhöe hat ganz bestimmte und stets durch das Elektroendoskop zu konstatierende Veränderungen in Narbenformen, Drüsen, Entzündungsresten u. s. w. — Man mufs also immer auf die pathologischen Effekte Rücksicht nehmen, um erfolgreiche Fortschritte zu machen.

Finger, Wien, fragt Nöggerath, welche Resultate bezüglich der Anwesenheit der Gonokken er aus der Untersuchung des Samens erhalten hat.

Nöggerath erwidert, dafs er seine Untersuchungen des Samens vor der Entdeckung des Gonokokkus unternommen habe, und dafs dieselben Azoospermie, Anwesenheit von Eiterkörperchen und deformierten Samenkörperchen ergeben habe.

Finger bekennt sich in der Gonokokkenfrage zu dem Standpunkt Neissers und Bumms; positive Befunde sind beweisend, negative sind mit Vorsicht aufzunehmen, schliefsen jedenfalls das Vorhandensein von Gonorrhöe nicht aus. Ferner wirft er die Frage auf, ob alle jene Prozesse, die man der chron. Blennorhöe zuschiebt, nur durch diese oder nicht durch Mischinfektion zu stande kommen; Beobachtungen in akuten uud chronischen Fällen sprächen dafür.

Lassar weist darauf hin, dafs bei der notorischen Schwierigkeit, auf ein negatives Resultat der mikroskopischen Untersuchungen diagnostische Schlüsse zu bauen, mehr Gewicht als sonst bräuchlich auf die Anwesenheit von Tripperfäden zu legen sei, und dafs von einer systematischen Berücksichtigung dieses Anhaltspunktes eine genauere Kenntnis der thatsächlichen Verhältnisse zu erhoffen sei. Unter Bestätigung einer Reihe von Punkten, welche Nöggerath und Finger hervorgehoben, hebt er den prinzipiellen, klinischen Unterschied zwischen chronischer und akuter Gonorrhöe und das Fehlen von Übertragung der einen Form der Krankheit durch die andre hervor. Hier ist eine offene Frage.

Nöggerath erwidert Lassar, dafs beim Manne nie eine chronische Gonorrhöe in die akute Form übergehe, dafs aber bei der Frau diese Thatsache von vielern Beobachtern unzweifelhaft konstatiert sei. Nach Einführung von Pessarien, nach Reizungen irgend welcher Art treten nicht nur akute Trippererscheinungen, sondern auch die verschwundenen Gonokokken wieder hervor.

Lassar erklärt für nötig, im Auge zu behalten, dafs Männer, wenn sie vorher auch noch so viele Gonorrhöen durchgemacht haben, in der Ehe nie wieder ohne neue Infektion an florider Gonorrhöe erkranken.

Oberländer weist auf die bekannte Thatsache hin, dafs durch instrumentelle Behandlung der Strikturen, wenn kein Ausfluſs besteht, ein solcher häufig hervorgerufen werde, und dafs in diesen Fällen auch ohne Anwesenheit von Kokken eine gonorrhoische Infektion erfolge. Mikroskopische Sekretuntersuchung sei ihm bei seiner Thätigkeit unmöglich.

Harttung berichtet Beobachtungen über Reizinjektionen und bespricht den Wert negativer Befunde. Mikroskopische Untersuchungen sind jedenfalls weniger zeitraubend als die Urethroskopie und in jedem Falle vorzunehmen.

Chotzen: Bei der gonorrhoischen Infektion ist eine Mischinfektion nicht zu bezweifeln, die Bedeutung derselben aber nicht hoch anzuschlagen, da die zur Bekämpfung der Gonokokken angewandten Injektionen zur Vernichtung der übrigen Bakterien hinreichen. Das Vorfinden von Gonokokken selbst nach Verlauf vieler Jahre seit der Infektion ist wohl damit zu erklären, dafs dieselben in die kleinsten Drüsen eingedrungen, hier durch Verstopfen derselben durch Schleimpfröpfe festgehalten werden, hier sich vermehren, bis schliefslich durch Druck vom Innern der Drüse her, oder durch Abstreifen des Schleimpfropfens ein Ausschwärmen der Gonokokken ermöglicht wird.

Bockhart hat bei Plattenkulturen von Trippersekret unter 45 Fällen 5mal Staphylococcus albus und aureus gefunden, was er hinsichtlich der Mischinfektion für wichtig erklärt.[1]

---

[1] S. diese *Monatshefte.* 1887. No. 19. Über sekundäre Infektion (Mischinfektion) bei Harnröhrentripper.

O. Rosenthal, Berlin, macht auf die Nachteile der elektro-endoskopischen Instrumente der Harnröhre, bei denen die Lichtquelle in den Apparaten ist, aufmerksam. Da das Gesichtsfeld nicht von dem verunreinigenden Blut und Eiter zu reinigen ist, da der Apparat sehr schwer hantierbar ist und deshalb zur Behandlung bei so kleinen Gebieten sich nicht eignet, so scheint ihm bei zweifelhaften Fällen die Endoskopie, aber nicht die mit den Oberländerschen ähnlich gebauten Instrumenten, in denen die Lichtquelle in den Instrumenten liegt, zur Untersuchung der Harnröhre, zur Diagnose absolut geeignet, zur Therapie nur in ganz seltenen Fällen.

Oberländer hebt nochmals die leichte Hantierbarkeit und die übrigen Vorzüge seines Instrumentes hervor, dessen Anwendung er jedoch nur geübten Händen empfiehlt.

Finger erkennt die Bedeutung des Endoskops für die Diagnose lokaler Affektionen der Urethra an, für die Behandlung will er dasselbe nicht angewendet wissen.

Lewin, Berlin, warnt vor übertriebenem Gebrauch des Endoskopes, wenngleich er die Vorzüge desselben für die Diagnose anerkennt. Als Lichtquelle genügt ein einfacher Reflektor bei Sonnen- und Lampenlicht.

Caspary, Königsberg, will auch nur im Notfalle zum Endoskop greifen, will dann aber dasselbe auch therapeutisch verwerten.

Lewin, Berlin, bespricht auf der Grundlage klinischer und endoskopischer Erfahrungen und der Ergebnisse von Sektionen die anatomischen Veränderungen und Befunde bei chronischer Gonorrhöe; dieselben bestehen in: 1. Erschlaffung des submukösen Gewebes und der Muskulatur, Atonie der Gefäfse; 2. xerotischen Veränderungen der Schleimhaut, epidermisähnliche Veränderung des Epithels; 3. Narben, als Residuen früherer Erosionen etc., die teilweise so fein sind, dafs sie endoskopisch übersehen werden; 4. follikulären Drüsenentzündungen (Morgagni, Littré) — Entwickelung von Cysten derselben durch Retention des Sekrets, wodurch eine Urethritis granulosa vorgetäuscht werden kann. Aufserdem kommen dann dem Trachom der Conjunctiva ähnliche Prozesse vor. Für Behandlung papillärer Wucherungen empfiehlt Lewin chirurgische Manipulationen und Kauterisierungen; die von Oberländer empfohlenen Tampons hält er für unzweckmäfsig. Sabinasalbe soll die sonst häufigen Recidive verhindern.

Oberländer, Dresden, konstatierte an Leichenbefunden, dafs der chronische Tripper herdförmige Infiltrationen bildet, wo die elastischen Elemente zu Grunde gegangen sind; dieselben sollen durch starke Ausdehnungen gedehnt, eventuell zerrissen werden.

Finger bestreitet die Häufigkeit weiter Strikturen und zieht im übrigen die Sondenbehandlung derjenigen mit dem Otisschen Dilatator vor.

Zinsser widerspricht dem Vorredner und beschreibt die in Amerika üblichen Manipulationen bei der Heilung weiter Strikturen.

O. Rosenthal empfiehlt die allmähliche Dilatation der Harnröhre; ihm hat in letzter Zeit das le Fortsche Instrument gute Dienste geleistet. Um

zu gleicher Zeit einen Druck auf die submukösen Partien auszuüben und auch die Schleimhaut selbst zu behandeln, hat Redner zwei Methoden kombiniert: zuerst führt er die Béniqueschen Sonden ein und läfst dieselben 5—10 Minuten liegen; nachher folgt eine Guyonsche Instillation mit der von Rosenthal modifizierten Spritze.

Finger empfiehlt nochmals kombinierte Sonden und Salbenbehandlung.

Touton, Wiesbaden hat von der Anwendung der Caspersschen kannelierten Sonden mit Argentumlanolin die besten Erfolge gesehen. Reizerscheinungen waren bei gründlicher Desinfektion keine vorhanden. Die Anwesenheit von Salbenresten in der Urethra noch am nächsten Tage nach der Applikation scheint ihm gleich Finger einen wesentlichen Vorzug der Methode zu bilden. (Fortsetzung folgt.)

Neunter internationaler medizinischer Kongrefs zu Washington.

5.—10. September 1887.

Sektion XIV für Dermatologie und Syphilographie.

(Referent: Unna).

Am Montag, den 5. September, nachmittags 3 Uhr, eröffnete Dr. Robinson (New York) als Präsident der Sektion die Sitzungen mit einer vortrefflichen und mit grofsem Beifall aufgenommenen Ansprache über die Ziele der Dermatologie und den dermaligen Stand unsrer Spezialwissenschaft in Amerika, in welcher er — nach Ansicht des Ref. — vielleicht eine zu grofse Bescheidenheit und allzu strenge Kritik gegenüber den bisherigen Leistungen der amerikanischen Dermatologen an den Tag legte.

Die Reihe der Vorträge eröffnete Welch (Philadelphia): **Über Vaccination während der Inkubationsperiode der Variola.** Man mufs vernünftiger Weise annehmen, dafs das infizierende Agens jedweder Infektionskrankheit nicht im Körper schlummert innerhalb des Intervalls zwischen Infektion und den ersten Manifestationen der Krankheit, sondern dafs gewisse unbekannte Vorgänge statthaben, welche nicht durch charakteristische Symptome zu unsrer Wahrnehmung gelangen. Ist es nun möglich, diese Vorgänge so zu beeinflussen oder aufzuhalten, dafs die Krankheit im Gefolge derselben modifiziert oder getilgt wird? Pasteur glaubt die Hundswut durch Inokulation während des Inkubationsstadiums verhüten zu können. So bemüht Welch sich zu zeigen, ohne auf Originalität Anspruch zu machen, dafs die Vaccination während der Inkubationsperiode der Variola in seinen Händen sichere und ermutigende Resultate gegeben habe.

Die Ansichten und Erfahrungen der Autoren über diesen Gegenstand gehen weit auseinander. Curschmann hat z. B. von der Vaccination im Inkubationsstadium keine günstigen Erfolge gesehen. Die Vaccination

während des Initial- oder Invasionsstadiums der Pocken ist gewifs wertlos; ebenso dann, wenn sie wenige Tage vor diesem Zeitpunkte ausgeführt wird. Aber frühzeitig in der Inkubationsperiode vollzogen, ist sie häufig im stande, den Verlauf der Pocken zu mildern, und zuweilen sogar, dieselben ganz zu verhüten. Eine Vaccination, weniger als 7 Tage vor dem Ausbruche der Pocken vollführt, modifiziert dieselben in der Regel nicht.

Welch ist der Ansicht, dafs die Vaccine nicht früher prophylaktisch zu wirken beginnt, als bis das Bläschen das Stadium der Bildung eines Hofes erreicht hat. Wenn dieses Stadium erreicht ist vor Eintritt der Prodrome der Variola, so kann die letztere vollständig ausbleiben; wenn nicht vor Eintritt der Prodrome, aber vor Beginn der Eruption, so kann noch eine Milderung des Anfalles erzielt werden.

Es ist viel leichter, den Schutz dort zu erreichen, wo eine Revaccination erforderlich ist, als wo zum ersten mal vacciniert wird. Die Ursache liegt auf der Hand; denn die Revaccinationsbläschen entwickeln sich in viel kürzerer Zeit, so dafs der Moment prophylaktischer Wirksamkeit frühe eintritt. Der Charakter des Vaccinebläschens ist ebenfalls von grofser Bedeutung für die Schutzkraft; dasselbe mufs zeitig und typisch in jeder Beziehung auftreten. Ein spätes Auftreten, eine langsame Entwickelung und Reifung desselben mufs inbezug auf die Verhütung der Variolois besorgt machen. Ausschlaggebend ist natürlich die Qualität der Lymphe für die Entwickelung des Bläschens. Animale Lymphe ist für diesen Zweck nicht brauchbar, da sie überhaupt weniger verläfslich ist und zu langsam reifende Bläschen erzeugt. Ein mangelnder Erfolg bedeutet aber hier unter Umständen Leben oder Tod. Daher darf nur eine absolut verläfsliche Lymphe gebraucht werden, und als solche bezeichnet Welch die direkte Impfung von Arm zu Arm von einem 8 Tage alten, typischen Bläschen. Da ein solches aber selten im kritischen Moment zu Gebote steht, habe er sich gewöhnlich mit humanisierter Lymphe begnügt, die den menschlichen Körper möglichst oft passiert hatte, da die Kürze der Reifung des Vaccinebläschens mit der Zahl der Transmissionen durch den menschlichen Körper beständig zunimmt. Auch die Ausbildung der Areola um derartige Vaccinebläschen ist früher vollendet als gewöhnlich, weshalb sie sich vor allem zur prophylaktischen Impfung in der Inkubation der Variola eignen. Nur wo die Zeit nicht drängt, sind animale oder kürzlich humanisierte Lymphe zu bevorzugen, die natürlich den dauerhaftesten Schutz gewähren. Der Schutz mittels möglichst lange von Mensch zu Mensch fortgeimpfter Lymphe hält sicher nicht so lange an wie der letztere, aber er erweist sich hinwieder als der beste zur Verhütung der Pocken während ihrer Inkubation.

Bei der Impfung mit lange fortgezüchteter, humanisierter Lymphe ist die Erzeugung von mehr als einem Bläschen anzuraten. Man glaubt ja — und wohl mit Recht — dafs viele Bläschen den Prozefs der Vaccinierung beschleunigen und damit die Schutzkraft erhöhen. Welch bedauert, dafs

seine Vaccinationen sehr oft auf die Erzeugung eines einzigen Bläschens beschränkt waren.

Von 144 während der Inkubation von Variola von WELCH geimpften Fällen wurden 28 vollständig, 11 fast vollständig vor Variola bewahrt, in 19 Fällen war der Einfluſs sehr bemerkenswert, in 20 nur ein teilweiser und 66 gleich Null. In 54 Fällen wurde die Vaccination nur 2—7 Tage vor Ausbruch der Pocken ausgeführt; davon starben 42 %. Von 90 Fällen, in denen die Vaccination frühzeitiger gemacht wurde, starben dagegen nur 15 %. Wenn man erfährt, daſs von Nichtvaccinierten zur selben Zeit und am selben Orte 59 % starben, so geht schon hieraus allein der Nutzen der Vaccination während der Inkubation der Variola hervor.

Nach einer längeren Debatte über diesen interessanten Vortrag des erfahrenen Oberarztes am Blatternhospital von Philadelphia sprach:

SHOEMAKER (Philadelphia) über ernährende Klystiere bei Hautkrankheiten. Der Vortrag wird in extenso in dieser Zeitschrift erscheinen.

Den Schluſs in dieser ersten Sitzung machte

KLOTZ (New York) mit einer Arbeit: **Über Geschwüre, welche in späteren Stadien der Syphilis durch spontanen Brand der Haut entstehen und ihre Beziehung zur Syphilis.**

Wo immer wir ein scharfrandiges, wie mit dem Locheisen ausgeschlagenes, rundes oder ovales, tief in oder durch die ganze Cutis reichendes Geschwür mit etwas verdickten steilen Rändern, unebenem, grünem oder gelbem Grunde bei einem Falle von alter Syphilis antreffen, sind wir gewohnt, dasselbe als ein spezifisch syphilitisches, d. h. als einen Substanzverlust zu betrachten, erzeugt durch Nekrose eines Syphiloms, eines gummösen Infiltrats. Eine Beobachtung, welche KLOTZ 1879 machte, legte ihm die Anschauung nahe, daſs solche Geschwüre bei Syphilitikern auch direkt durch spontane Gangrän erzeugt werden können. Dieser eine Fall war noch nicht überzeugend, aber K. beachtete von dieser Zeit an genauer die Entstehung derartiger Ulcera und fand in der That mehrfach den nicht gummösen Ursprung einiger derselben bestätigt. Die poliklinische Behandlung der meisten erschwerte allerdings die Beobachtung. Aber in einem Falle der Privatpraxis konnte K. mit vollständiger Sicherheit neben mehreren aus tiefliegenden Gummata resultierenden Beingeschwüren zwei unabhängig von Gummen sich entwickelnde und zu Geschwüren führende gangränöse Herde in der Nähe der Malleolen beobachteten. Derartige Geschwüre bieten nach Entfernung des trockenen, nekrotischen Schorfs gewisse Besonderheiten dar, welche auf ihren Ursprung hinweisen; sie erinnern an das runde Magengeschwür. Einige maligne, frühzeitige Syphiliden, von französischen Autoren beschrieben und bei BUMSTAED und TAYLOR citiert, mögen ähnliche Geschwüre erzeugen, doch das tuberkulo-gangränöse Syphilid BAZINS ähnelt denselben am meisten, bis auf die schnell zerfallende Infiltration, welche nach diesem Autor dem Geschwüre vorhergehen soll. Eine

derartige Erklärung erscheint nicht nötig, da in der Syphilis genügende Ursachen für eine spontane Gangrän vorhanden sind.

Es ist genügend gezeigt worden, dafs das Syphilisgift sich hauptsächlich in und an den Blutgefäfsen manifestiert. Auf diese Gefäfsveränderungen, speziell endarteriitische, haben wir zu rekurrieren, wo andre Ursachen der Gangrän fehlen. Die entsprechende Erkrankung der Gehirnarterien ist durch Heubners u. a. Untersuchungen bekannt. Die Wichtigkeit derselben wird nicht dadurch herabgesetzt, dafs diese Arterienveränderungen sich nicht als ein spezifisch syphilitischer Prozefs erwiesen haben, alle Forscher sind einig, dafs dieselben sehr häufig auf Syphilis zurückzuführen sind. Beobachtungen über entsprechende Gefäfsveränderungen andrer Organe sind nicht so häufig aber doch, z. B. von Lang, in genügender Menge zusammengestellt. Hutchinson citiert einen instruktiven Fall, dem K. einen eignen anreihen kann. Galliard hat kürzlich auf das runde Magengeschwür in Verbindung mit Syphilis hingewiesen. Es ist wirklich kein Grund vorhanden, weshalb die Haut von diesem Prozefs ausgenommen sein sollte, und wo Arteriitis an kleineren und Endarterien vorkommt, müssen — nach Lang — in der Haut und den Schleimhäuten hin und wieder Geschwüre die Folge sein. K. ist allerdings nicht im stande, seinerseits den pathologisch-anatomischen Beweis dieses Zusammenhanges zwischen Endarteriitis und tertiären Ulcus zu liefern, hofft jedoch, dafs Pathologen, welche eher in der Lage sind, solche Präparate zu gewinnen, diese Ätiologie bestätigen werden.

K. macht schliefslich noch darauf aufmerksam, dafs die durch spontane Gangrän entstehenden syphilitischen Geschwüre, im Gegensatz zu den gummösen, durch eine antiluetische Behandlung nur wenig beeinflufst werden

In der Diskussion macht Unna darauf aufmerksam, dafs, wenn Endarteriitis obliterans zur Nekrose in ursächlicher Beziehung steht, die Häufigkeit extremer Endarteriitis in der Initialsklerose und die Seltenheit einer Nekrose derselben auffällig erscheinen mufs. Es müssen offenbar in der Haut noch andre Faktoren (lokaler Mangel an Anastomosen, Blutungen, äufsere Schädlichkeiten, Druck etc.) hinzukommen, um Nekrose herbeizuführen.

II. Sitzung am Dienstag, den 6. September.

Rohé (Baltimore) teilte Studien über Hirsuties mit, Reynolds (Chicago) hielt einen Vortrag über eine neue Methode, Favus und Herpes tonsurans zu behandeln. Beide Vorträge werden in extenso in dieser Zeitschrift erscheinen. Weiter sprach

Knaggs (London) über seine **Neue Methode der örtlichen Behandlung der Hautkrankheiten.**

Seit über zwei Jahren verwendet K. gewisse lokale Mittel adhäsiven Charakters bei verschiedenen Hautkrankheiten, besonders bei subakutem und chronischem Ekzem. Sehr hartnäckige, bis dahin allen Methoden widerstehende Fälle wurden auf diese Weise geheilt. K. benutzt sogenannte

permanente Emulsionen, in welchen ein Mineralfett, wie Vaselin, die Basis abgibt. Viele andre fettige Substanzen wurden versucht, standen aber hinter dem Vaselin entschieden zurück. In letzter Zeit benutzt K. meistens folgende Formel:

Paraffini mollis	30,0
Pulv. Gummi Acaciae	10,0
Acid. borici	1,0
M. adde *Aquae* ad	60,0

Das Paraffin wird zuerst, dann das Gummi und 15,0 heifses Wasser in einen Mörser gethan und zur Emulsion verrieben. Sodann setzt man den Rest des Wassers und die Borsäure zu. Diese Basis kam für sich oder gemischt mit beliebigen Medikamenten, als dicker Brei oder verdünnt als crème-artige Flüssigkeit zur Verwendung.

K. teilt die künstlichen Emulsionen in 2 Abteilungen:

1. Temporäre mechanische Emulsionen, in welchen das Öl, mit Gummischleim und Wasser gemischt, sich allmählich trennt und rein auf der Oberfläche sammelt (sogenannte Ölgummilösung).

2. Permanente mechanische Emulsionen, wo das Öl, gemischt mit Gummipulver und Wasser, in sehr kleinen mit Gummi überzogenen Tropfen — wie die Buttertropfen von Kasein eingehüllt in der Milch — in der Mischung verharren.

K. benutzt nur permanente Emulsionen. Seine Versuche gingen nämlich ursprünglich von dem Wunsche aus, eine Salbe und eine Lösung permanent zu mischen. Die einzige rationelle Weise in welcher dies geschehen kann, ist die Emulsionierung beider mittels gepulvertem Gummi.

In der Diskussion gibt Unna, vom Präsidenten aufgefordert, ein längeres Exposé über **Hautfirnisse im allgemeinen**[1], ein Thema, welches derselbe seit Jahren bearbeitet. Er unterscheidet dieselben hauptsächlich nach der Wasserdurchlässigkeit der angewandten Basis und dem mehr oder minder flüchtigen Lösungsmittel in 4 Gruppen:

Gruppe 1: Elastizin, Guttaperchalösung, Aluminiumoleat etc.

„ 2: Lösungen von Harzen, Wachs und Fetten und Oleaten in Spiritus, Äther, Benzin, Chloroform, Tinkturen (Myrrhae, Rhei), Spiritus saponatus etc.

„ 3: Emulsionen, Seifenlösungen etc.

„ 4: Wasserglas-, Gelatine-, Dextrin-, Eisweifs- und Gummilösungen etc.

Die neue, originelle Emulsion von Knaggs scheine ihm in die dritte Gruppe der Firnisse zu gehören. Es handele sich aber nicht sowohl um eine neue „Methode" der Behandlung von Hautkrankheiten, als um eine neue und wahrscheinlich ausgezeichnete Basis zu Hautfirnissen, wie dieselbe

---

[1] Näheres darüber demnächst in *Dermatologische Studien.*

in ähnlicher Weise längst in Gebrauch sind. Allerdings sei die Emulsionsfähigkeit von Vaselin mittels Gummi arabicum in der Dermatologie neu.

III. Sitzung am Mittwoch, den 7. September.

Zeisler (Chicago) gibt einen Beitrag zur Kenntnis der Impetigo herpetiformis (Hebra), welcher in extenso in dieser Zeitschrift erscheinen wird.

Ravogli (Cincinnati) spricht sodann über **Ätiologie und Behandlung des Lupus erythematosus.**

Ein kritischer Überblick über die bisher dem Lupus erythematosus zugeschriebene Ätiologie führt zu dem Resultate, daſs keine der angegebenen Ursachen wirklich begründet ist. Die bisherigen Anschauungen über die Pathologie der Erkrankung gehen dahin auseinander, daſs die einen den Lupus erythematosus für ein Neoplasma halten, die andern für ein entzündliches Infiltrat. R. stellt sich die Fragen, wie die feineren Vorgänge bei diesem Prozeſs zu charakterisieren seien und was die eigentliche Ursache darstelle. Eine frische Eruption, vom Halse eines Patienten entnommen, zeigte nach Alkoholhärtung und Hämatoxylinfärbung und Entfärbung in Essigsäure eine bedeutende Hypertrophie der Oberhautzellen mit Vergröſserung der Kerne und starker Vermehrung der Nukleolen. Dieselbe Vergröſserung erstreckte sich auf die Epithelien der Talgdrüsen und Haarfollikel. Die Papillen sind vergröſsert, zwischen den Cutisfibrillen nur wenige Rundzellen sichtbar, dagegen sind die Bindegewebszellen auſserordentlich vermehrt, so daſs der Papillarkörper das Aussehen embryonalen Bindegewebes hat, und die Bindegewebsfibrillen hypertrophisch. Die so veränderten Stellen der Cutis sind überdies durch ein interstitielles Ödem ausgeweitet, die Blutgefäſse erweitert.

R. schlieſst hieraus, daſs der Lupus erythematosus anatomisch kein Neoplasma, sondern eine alle Teile der Haut treffende Entzündung sei, welche zur Hypertrophie derselben führe. Die mittlere Einsenkung der Lupusflecke ist nicht eine wirkliche Narbe (Kaposi), sondern eine wahre Atrophie aller Cutiselemente, welche auf die Hypertrophie folgt, was R. mit einem Präparate belegt. Der ganze Prozeſs läſst sich also als eine entzündliche Reizung auffassen, die erst zur Hypertrophie, dann zur Atrophie führt.

Die Ursache ihrer Reizung findet R. in spezifischen Mikroorganismen. Von 3 Fällen wurden Schuppen mit Kalilauge behandelt, sorgfältig gewaschen, dann mit Hämatoxylin gefärbt und mit Essigsäure entfärbt. Die Hornzellen erscheinen enorm vergröſsert, einige enthalten kleine, glänzende Körperchen von $^1/_{400}$—$^1/_{500}$ mm, welche auch frei in Gruppen zwischen den Zellen vorkommen. R. hält dieselben für Kokken. Eine Behandlung der Schnitte mit kochender Kalilösung wenige Sekunden hindurch und darauf folgender Färbung mittels Methylviolett und Vesuvin ergab Kokken und

Ketten solcher nicht bloſs zwischen den Oberhautzellen, sondern auch im Cutisgewebe. R. hofft, daſs die Kultivierung und Inokulation dieser Organismen gelinge und der Lupus erythematosus danach unter die infektiösen Dermatosen, nächst dem Erysipel, eingereiht werde. Die parasitäre Ätiologie erkläre das klinische Verhalten des L. er. discoides ebensowohl wie die des L. er. aggregatus.

In der Behandlung verwirft R. alle Caustica und die Auskratzung, welche ihm keine definitiv guten Resultate ergeben haben. Dagegen habe er mit Ichthyol die besten Erfolge erzielt und bereits drei Fälle definitiv geheilt.

In der Diskussion sprechen sich Robinson und Unna dahin aus, daſs sie durch die vorgelegten Präparate von der parasitären Natur der von Ravogli für Kokken gehaltenen Körperchen nicht überzeugt seien, obwohl sie aus klinischen Gründen natürlich ebenfalls an der parasitären Natur des L. er. festhielten.

Im Anschlusse an den Vortrag von Ravogli hielt

Ohmann-Dumesnil (St. Louis Mo.) den seinigen über **Lupus erythematosus der Hände.**

Auch O. gab zuerst einige allgemeine Betrachtungen über die Affektion und schilderte sodann eingehend den Fall eines 54jährigen Mannes, bei welchem der Lupus eryth. den rechten Arm, die Hand und die Finger befallen hatte. Darauf folgte eine Tabelle über 45 Fälle von L. er. der Hände, worunter 10 noch nicht publizierte waren. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine auf die epidermoidalen Teile der Haut beschränkte Entzündung. O. glaubt den Ausgangspunkt derselben in den Knäueldrüsen gefunden zu haben, obwohl die Talgdrüsen auch befallen sind. Daſs die Affektion nicht an die Talgdrüsen gebunden ist, zeigt ihr Vorkommen an der inneren Handfläche. Leider habe er keine Untersuchung auf Mikroorganismen an seinem Material vorgenommen.

IV. Sitzung am Donnerstag, den 8 September.

Zuerst hielt Unna unter Vorlegung mikroskopischer Präparate, gemalter und photographischer Abbildungen seinen Vortrag über das seborrhoische Ekzem, welcher bereits im 18. Hefte dieser Zeitschrift publiziert ist.

Darauf folgten die Vorträge von Watraszewski (Warschau) über Behandlung der Syphilis durch Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze, und von Ohmann-Dumesnil (St. Louis, Mo.): Über den Doppelkomedo. In der Diskussion über den letzteren betonte Unna, daſs er die Entstehung der Doppelkomedonen bisher stets auf — noch so unbedeutende und oberflächliche — Narbenbildung (nach Schnitt, Aknepusteln, Variola, Vaccine, Furunkeln etc.) habe zurückführen können. Beide Vorträge werden in dieser Zeitschrift in extenso veröffentlicht.

Schliefslich machte Robinson (New York) eine Mitteilung über **Einen in seiner Art einzigen Fall fortschreitender Melanosis der Haut.**

Der Fall betraf eine 21jährige Frau aus dem südlichen Teil der Vereinigten Staaten. Als sie 2—3 Jahre alt war, bildete sich am rechten oberen Augenlide ein kaum sichtbarer, dunkler Fleck. Ohne Schmerzen, Jucken und Unbehagen vergröfserte sich derselbe langsam und wurde deutlicher, bis er an dem 8jährigen Mädchen bereits entstellend hervortrat. Pat. bestand Masern und Wasserpocken, aber kein Scharlach, lebte in einer Malariagegend und litt an intermittierendem Fieber, befindet sich aber jetzt vollkommen wohl. Der jetzt tiefschwarze Fleck besteht aus sehr kleinen, nicht erhabenen, blauschwarzen Fleckchen, die auf Fingerdruck sich nicht verändern. Dieselben gleichen Sommersprossen in ihrer Form, sind nach dem Zentrum dicht zusammen gedrängt, an der Peripherie weiter entfernt. Im Zentrum selbst sind sie zu einer diffusen, gleichmäfsig blauschwarzen Stelle zusammen geflossen. Das ganze rechte obere Augenlid wird von einem einzigen glatten, nicht schuppigen Pigmentfleck eingenommen, an dem weder Verdickung oder Verdünnung der Haut noch dilatierte Blutgefäfse wahrzunehmen sind. Die Pigmentation ist auch unterhalb des Auges vorhanden und ebenfalls auf der rechten Seite der Stirn, wo sie sich bis dicht an die Mittellinie und zwei Zoll weit auf den behaarten Kopf erstreckt. Ein Fleck von $^2/_3$ " im Durchmesser befindet sich am rechten Mundwinkel; die Schleimhaut der rechten Backe ist dunkel gefärbt, ein wenig auch die der linken, und ein erbsengroſser Fleck befindet sich auf dem harten Gaumen. Auch alle diese Flecke zeigen aufser der Pigmentation keine sonstigen Veränderungen. Die Augen sind ophthalmoskopisch normal; die Sehschärfe ist $^{20}/_{20}$, H. m. $^1/_{12}$. Die Ohren zeigen äufserlich keine Veränderung. Das linke Ohr zeigt normale Hörschärfe: $^{60}/_{60}$, während das rechte Ohr vollständig taub ist. Jedes Anzeichen von Mittelohrkatarrh fehlt; alles weist auf eine nervöse Taubheit hin. Dieselbe mag von der Geburt an existiert haben, wurde aber erst bei dem 6—8jährigen Kinde bemerkt. Die Tast-, Schmerzwahrnehmung und die faradische Sensibilität ist auf beiden Seiten an den Schläfen und Augenlidern normal, dort wo die Pigmentation am stärksten ist. Eine ganz kleine Differenz in der Temperaturempfindung (für heifs und kalt gleichmäfsig) findet sich zu gunsten der pigmentierten Seite.

Bei mikroskopischer Untersuchung zeigt sich die Stachelschicht von normaler Dicke und stark pigmentiert, die Hornschicht dünn und nicht pigmentiert. Die Pigmentation erstreckt sich auch auf die Stachelschicht der Haarbälge, ist aber dort nicht so intensiv. Der Papillarkörper ist normal und nicht pigmentiert. In einiger Entfernung von der Stachelschicht enthält das Corium massenhafte, dunkel braunrote Pigmentzellen. An einigen Stellen führen alle Bindegewebszellen Pigment, an andern nur ein Teil derselben; dort besteht ein braunes Reticulum, hier finden sich einzelne, sternförmig auslaufende Zellen. Knäueldrüsen und -gänge sind

ebenfalls pigmentiert, aber weniger stark als die Haarbalgepithelien und mehr diffus ohne Hervortreten körnigen Pigments. Auch die Talgdrüsenzellen, soweit sie noch nicht verfettet sind, führen Pigment. Das Pigment erstreckt sich durch die ganze Tiefe der Cutis überall bis an das pigmentfreie Fettgewebe.

In der Diskussion hebt UNNA hervor, dafs die eigentümlich blauschwarze, auch auf der Abbildung wie in ROBINSONS Beschreibung hervortretende Farbe der Flecke natürlich nicht durch das braune Pigment der Stachelschicht erzeugt werden könne, die allein nur eine Farbe, wie sie der Neger zeigt, erzeugt. Man müsse eben annehmen, dafs die Pigmentierung der Cutis in der Tiefe, welche an und für sich die Haut bläulichschwarz erscheinen läfst, hier die braune Farbe von den höheren Schichten her übertönt. Eine Erklärung für den eigentümlich begrenzten, melanotischen Prozefs sei er so wenig in der Lage zu geben wie der Vortragende.

Letzte (V.) Sitzung am Freitag, den 9. September.
Präsident: THIN (London).

ROBINSON (New York) trägt seine Abhandlung über Pathologie und Behandlung der Alopecia areata vor, welche ausführlich in dieser Zeitschrift erscheinen wird.

Nach einer kurzen Diskussion ward die Sitzung geschlossen, worauf UNNA dem Präsidenten, Dr. ROBINSON, im Namen der Mitglieder der Sektion für Dermatologie und Syphiligraphie deren herzlichen Dank für seine erfolgreiche Leitung der Sektion aussprach.

Am Mittwoch, den 7. September, vereinigte ein von Dr. ROBINSON gegebenes, luxuriöses Diner die Dermatologen in WILLARDS Hotel mit andern Teilnehmern des Washington Kongresses.

Referate.

Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie, von JOSEPH MARTY. (*Thèse de Montpellier.* 1886.)

Die beiden ersten Beobachtungen über Sklerodermie sind jene von LACUTUS LUSITANUS und DIEMERBIECK (1642). Im Jahre 1755 teilt CURCIO aus Neapel eine augenscheinliche Beobachtung von Sklerodermie mit. LORRY beschreibt 1777 einen analogen Fall unter der Bezeichnung „Crassities substantiae cutis." Ausführliche Beobachtungen berichten HENKEL 1809, PIERQUIN, FONTANELLI (Mailand) 1836. ALIBERT beschreibt unter dem Namen scrofule-momie eine Affektion, welche wahrscheinlich Sklerodermie ist.

THIRIAL veröffentlicht hierauf im Jahre 1845 im *Journal de Médecine de Paris* einen Aufsatz unter dem Titel: „Sclérème des adultes, comparé à celui des nouveaux-nés." Zwei Jahre später, 1847, wird eine Reihe von

Arbeiten über dieses Thema veröffentlicht, und die medizinisch-chirurgische Revue dieser Epoche berichtet eine grofse Anzahl über dasselbe. Grisolle beschreibt einen seltenen Fall von Erkrankung der Haut mit chronischem Erythem. Forget in Strafsburg gibt der Krankheit die Namen Chorionitis oder Sclerostenosis cutanea. Gintrac (Bordeaux) berichtet 1845 in der *Revue* über 2 neue Fälle und macht die Beobachtungen von Lacutus Lusitanus, Diemerbieck, Curcio, Fontanelli bekannt. Er schlägt für diese neue Krankheit die Bezeichnung Sklerodermie vor.

Endlich veröffentlichen Butegnat (Luneville) und Bouchut interessante Beobachtungen. 1850 teilt Rilliet einen Fall mit, welcher an einem Kinde in der Praxis Pelissiers beobachtet wurde. 1854 gibt Addison eine analytische Untersuchung der Krankheit, vergleicht die Hautläsion mit dem Keloid und nennt sie Aliberts Keloid. Hugo Fiedler (Deutschland) und Mc. Donnel (Dublin) beschäftigen sich mit der pathogenetischen Seite der Frage.

Im Jahre 1861 stellt Arning in einem Aufsatz, „Beitrag zur Geschichte des Scleroderma adultorum" betitelt, 20 Beobachtungen zusammen. Dieselbe Arbeit läfst Lasègue, Foester und Verneuil die ersten Schritte in der pathologischen Anatomie dieser Affektion thun. Die These von Hostelloup verdient eine besondere Erwähnung wegen der Mühe, welche der Verf. aufgewendet hat um die Entstehung des Sklerems zu erforschen.

1871 werden in der biologischen Gesellschaft von Ball, Lionville, Dufour, Hallopeau wichtige Vorträge gehalten, und es entwickeln sich interessante Diskussionen, an denen sich Charcot, Vulpian, Chalvet, Lefut-Laborde beteiligen. Aufserhalb der biologischen Gesellschaft erwähnen wir die Arbeit von Hillairet in den *Annales de Dermatologie et de Syphil*, und im Ausland die Arbeiten von Emminghaus, Neumann und Hebra.

Seit dieser Zeit ist die Zahl der Arbeiten unzählbar geworden; unter den interessantesten Arbeiten mufs ich die These von Lagrange anführen, welche das enthält, was man noch Genaues von der pathologischen Anatomie der Sklerodermie weifs, ferner die Thesen von Viaud, von Lamache und die neue Habilitationsschrift von Leroy.

Neben den Inaugural-Dissertationen erwähne ich die periodischen Studien, die Vorlesungen von Hardy, Vidal, Hillairet, endlich die bemerkenswerte Beobachtung, welche, von Grasset und Apolinario mitgeteilt, die Geschichte der Sklerodermie in pathogenetischer Hinsicht und bezüglich des spezifischen Wesens in ein neues Licht setzt.

Für den Verf. ist die Sklerodermie eine seltene, chronische, allgemeine oder partielle Krankheit, vorzüglich charakterisiert durch die Zusammenziehung und Induration der Haut. In klinischer Hinsicht genau bekannt, herrscht noch grofse Unklarheit über ihre Ursachen und Natur. Es scheint, dafs man sie mit einer Affektion des Nervensystems in Verbindung bringen kann, und dafs sie zu einer Krankheitsgruppe gehört, welche auch die

Facial-Trophoneurose und die lokale Asphyxie oder symmetrische Gangrän der Extremitäten umfaſst.

Lille. A. Tavernier.

Das Ekzem und seine Behandlung mit Mineralwässern, von G. Descays. (*Thèse de Montpellier* 1886.)

Die wenig interessante These besteht aus der Mitteilung einiger Beobachtungen, welche sich auf die Behandlung des Ekzems mit Mineralwässern beziehen.

Der Verf. gibt uns nach und nach die Klassifikation der Hautkrankheiten nach Plenk, Willan, Cazenave, Hebra, Harvy und Bazin. Er läſst hierauf die ätiologischen Ursachen Revue passieren und nach der Aufzählung der verschiedenen Behandlungsmethoden, sowohl der lokalen, als auch der allgemeinen, erwähnt D. diejenigen Fälle, deren Ausschlag sich unter dem Einfluſs der Mineralwässer von Vals, Vichy, Néris, Royat, Adeire gebessert hat.

Lille. A. Tavernier.

Beitrag zum Studium der Pathogenese der Syphilis und ihrer abortiven Behandlung durch die Excision des Schankers, von Léopold Bouchet. (*Thèse de Montpellier.* 1887.)

Die These, welche B. eingereicht hat, ist ohne Wert. Die Bibliographie der über diese Frage erschienenen Arbeiten ist sehr unvollständig.

Dem Verf. scheinen zahlreiche Untersuchungen unbekannt zu sein, welche seit etwa 2 Jahren ausgeführt worden sind. Obgleich diese Arbeit im Jahre 1886 angefertigt worden ist, ignoriert B. dennoch die zahlreichen Aufsätze, welche im Jahre 1884 erschienen und auf dem Kongreſs in Kopenhagen diskutiert worden sind.

Er übergeht die von den verschiedenen französischen Autoren und besonders von Leloir angestellten Untersuchungen vollständig mit Stillschweigen.

Es ist erstaunlich, daſs eine derartige Arbeit die Approbation einer erfahrenen Prüfungskommission erhalten konnte.

Lille. A. Tavernier.

Wuchernde Tumoren des Beckenperitoneums von myxomatöser oder kolloïder Beschaffenheit bei der Frau, von A. Chevalier. (*Thèse de Montpellier.* 1886.)

Quenu veröffentlicht in der *Revue de Chirurgie* einige Beobachtungen über wuchernde Tumoren des Beckenperitoneums. Etwas später läſst Péan

in der *Semaine Médicale* eine klinische Studie über dasselbe Thema erscheinen, in welcher er die Geschichte dieser Neubildungen gibt.

Der Verf. der vorliegenden Arbeit veröffentlicht eine noch nicht mitgeteilte Beobachtung, welche in den Spitälern von Montpellier gemacht wurde, und knüpft an dieselbe folgende Schlufsfolgerungen.

Man findet auf dem Beckenperitoneum der Frau eine Art von Neubildung, deren überaus charakteristisches Aussehen baumartig wie Blumenkohl ist. Sie sind mit einem deutlichen Stiel in mehr oder weniger reichlichen Trauben eingepflanzt. Sie haben keine Neigung sich zu generalisieren und breiten sich zuweilen auf das Netz, das Mesenterium, aber vor allem auf das Gewebe des Ovariums aus. Diese Tumoren werden von einem charakteristischen Ascites begleitet, welcher sich unverzüglich einstellt und den Tod der Patientin durch Beraubung des Blutserums nach sich zieht. Diese Flüssigkeit enthält geformte Elemente, deren Bestimmung für die Diagnose sehr vorteilhaft ist. Die histologische Struktur dieser Neubildungen läfst sie unter die Myxome zählen. Sie sind von einer Hülle verschieden geformter Zellen überzogen, welche in einer oder mehreren Schichten angeordnet sind. Diese Ergüsse sind es, welche, indem sie eine wirkliche Schmelzung eingehen, der Ursprung der ascitischen Flüssigkeit werden.

Vom klinischen Gesichtspunkte ist die Diagnose schwierig, aber man wird sie stellen können, indem man sich vor allem auf die histologischen Eigenschaften des Ascites stützt.

Diese Tumoren entwickeln sich sehr langsam, führen aber unglücklicher Weise zum Tode, wenn man nicht interveniert.

Die Punktionen haben nur einen palliativen Wert; will man die Krankheit heilen, so mufs der Tumor durch die Laparatomie entfernt werden.

Lille. A. Tavernier.

Die trockene Gangrän beim Typhus, von H. Bicquemare. (*Thèse de Montpellier*. 1886.)

Larrey teilt bei Besprechung der Gangrän die Beobachtung von drei jungen Rekruten mit, welche im Verlauf eines nervösen Faulfiebers und bei sehr heftigem Froste von Gangrän befallen wurden. Hildebrand (Wien) sagt in seinem Werke über den kontagiösen Typhus, dafs man während der Epidemie von Krakau, im Jahre 1806, fast trockene Gangrän der Hände und Füfse beobachtete. Alibert teilt in einer 1838 verteidigten These die Beobachtung über einen jungen Mann mit einem leichten typhösen Fieber mit, welcher während seiner Genesung Gangrän des rechten Fufses und Schenkels hatte. Virchow und Stiel in Oberschlesien, Huss und Franke teilen Fälle von Gangrän nach typhösem Fieber mit.

Bourgeois (Etampes) veröffentlicht 1857 in den *Archives générales de Médecine* einen Aufsatz unter dem Titel: „Über die Gangrän der Glieder beim Typhus.“ Bezüglich dieser Beobachtungen stellte er sich vor, dafs

eine Metastase oder Lageveränderung des ganzen krankhaften Stückes vorhanden war, welches im Begriff steht sich eines Teiles des Organismus zu bemächtigen und das Gefolge der krankhaften Zufälle nach sich zieht, welche zuvor gegen einen andren Teil gerichtet waren. Um diese Metastase zu erklären sagt er, dafs sich der Krankheitsstoff auf das Nervensystem verbreiten müsse. Diese Arbeit wurde von einer Kommission geprüft, in deren Namen Béhier ausdrücklich erklärte, dafs keine sicher bewiesene Thatsache der Koexistenz eines Typhus mit der Gangrän eines ganzen Gliedes vorhanden sei.

In der *Gazette hebdomadaire* nimmt Déchambre mit Bétin an, dafs die Unterordnung der Gangrän unter die allgemeine Krankheit nicht klar genug begründet erscheine, als dafs man ohne Reserve ein neues Kapitel in den Typhus aufnehmen könnte.

1861 machte Bourguet (Aix) eine neue Beobachtung bekannt, welche die Möglichkeit einer Gangrän bewies, und schlofs daraus, dafs die spontane Gangrän eines ganzen Gliedes mit dem Typhus zusammentreffen kann.

Trousseau, welcher im selben Jahre einige Fälle von Gangrän berichtet, nimmt 2 Zustände an, welche sie durch ihr Dazwischentreten herbeiführen können: 1. eine Gefäfsobliteration und 2. die Neigung zur Mortifikation der Gewebe.

Pabby (S. Maure) teilt ihm 1863 wieder die Hauptrolle bei der Entstehung der Gangrän zu.

1869 veröffentlicht Morax eine Beobachtung, in welcher sich das Zusammentreffen eines typhösen Fiebers mit einer arteriellen Obliteration am Schenkel beschrieben findet.

In demselben Jahre fügen Masserel, Pachmayr (Belgien) und Bordeau einige Beobachtungen über diesen Gegenstand hinzu.

1870 veröffentlicht Hayen, 1877 Lereboullet je eine Beobachtung über Gangrän, wo man eine Endokarditis und Infarkte der Niere fand.

Nach dieser historischen und einigen pathogenetischen Reflexionen nimmt der Verf. an, dafs die Gangrän der Glieder im Verlauf des typhösen Fiebers als erste Ursache, das infektiöse Prinzip anerkannt, welches im Blute verteilt ist. Unter dessen Einfluſs treten vasomotorische Störungen und Entzündungserscheinungen hinzu, welche der Lage entsprechend durch Thrombosen charakterisiert werden. Diese Thrombosen können ihren Sitz im Herzen oder in den Arterien haben und Embolien veranlassen.

Die Amputation scheint am Platze zu sein, sobald die Demarkationslinie zwischen den gesunden und mortifizierten Teilen gebildet ist.

Es wäre zu wünschen gewesen, dafs der Verf. Untersuchungen über die Nerven und besonders über die peripheren Nerven bei diesen Gangränformen angestellt hätte. Man weifs thatsächlich, wie Leloir 1881 gezeigt hat, dafs gewisse Formen von Gangrän, und besonders von trockener Gangrän, auf periphere Nervenerkrankungen folgen (cf. Leloir, *Hautaffektionen nervösen Ursprungs;* und Artikel „Trophoneurosen", im *Dictionnaire de* Jaccoud,

1883.) Diese Untersuchungen sind thatsächlich von Detres und Vaillard (Bordeaux) bestätigt worden.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Th. A. Kirsten in Leipzig.)

Callias. **Klinische Studie über das Resorcin.** 1887.

Diese neue Arbeit, welche Dr. Hippocrate Callias soeben unter diesem Titel veröffentlicht hat, ist eine interessante Ergänzung seiner früheren Aufsätze über dieses Thema. Sie ist, wie er sagt, die Frucht der täglichen Beobachtungen von 6 aufeinander folgenden Jahren ärztlicher Praxis, von 1881 bis 1887, und sie beweist aufs neue die destruktive Wirkung des Resorcins auf die niederen Organismen, welche die Ursache zahlreicher kontagiöser Krankheiten sind. Gleichzeitig drückt der Verf. sein Bedauern darüber aus, dafs dieses Mittel noch nicht nach seinem wahren Wert gewürdigt worden ist, den ausgezeichneten Resultaten zum Trotz, welche es Dank seiner fäulniswidrigen, die Gärung hindernden und antiseptischen Wirkung herbeiführen kann. Um dies nachdrücklicher zu beweisen, teilt er die Erfolge mit, welche er durch dessen Anwendung in der inneren Medizin und Chirurgie erzielt hat. In dieser Analyse können wir den Verf. nicht auf jeden Gegenstand folgen, welchen er ausführt. Wir lassen daher diejenigen, welche nicht zur Dermatologie gehören, absichtlich beiseite, um jeden der übrigen schnell Revue passieren zu lassen.

Erysipel. Da die infektiöse Natur dieser Krankheit heute ebenso bewiesen ist, wie die Lokalisation der Infektion in den oberflächlichen Lymphgefäfsen und in dem Hautgewebe, so begreift man die Wirkung des Resorcins auf die Mikroorganismen, welche diese Krankheit erzeugen. Dieses Medikament hat, in Form von Einreibungen stündlich angewendet (in der Dosis von 3 g auf 30 g Glycerin und 120 g Wasser), von den ersten Anwendungen an eine grofse Erleichterung für die Patienten zur Folge, indem es die Ausdehnung der Krankheit begrenzt und dieselbe zwingt auf ihrem Platze zu erlöschen.

Parasitäre Affektionen der Mundhöhle. Der Soor und die Aphthen sind bei Kindern, welche mittels Gummisaugers ernährt wurden, sehr schnell durch ein Mundwasser aus Glycerin und Resorcin beseitigt worden.

Coryza scrofulosa. In einem Falle wurde der Kranke, ein junger Mann von 15 Jahren, mit Irrigationen der Nasenhöhle vermittelst der Weberschen Nasendouche mit einer 1%igen Resorcinlösung innerhalb einer Woche vollständig geheilt.

Variköse Geschwüre. Vorzügliche Resultate wurden durch die Reizung ihrer Oberfläche und die schnelle Entwickelung von Fleischwärzchen erzielt. Es genügt hierzu eine 1 oder 2%ige Lösung. Die Asepsis ist mit einem gewissen Grade von Anästhesie gesichert.

Phlegmone und phlegmonöse Abscesse. Neben den Incisionen und der einmal angelegten Drainage, Waschung der Höhlen mit einer 1%igen Resorcinlösung. Man injiziert früh und abends eine genügende Quantität, und mit derselben Flüssigkeit werden die Verbandteile getränkt. Die Suppuration nimmt ab und die Allgemeinerscheinungen lassen schnell nach.

Accidentelle Bifs- oder Stichwunden. Wir berichten nur über die Beobachtungen des Verf.s, welche direkt das Hautgewebe betreffen. In diesem Falle handelte es sich um einen Stich eines Insektes von unbestimmter Art, welcher ein aufserodentlich heftiges Ödem des Augenlides bewirkte. Dasselbe verschwand auf die konstante Anwendung von Kompressen mit Resorcin, welches in einer Dosis von 5 g in 50 g Glycerin und 450 g Wasser gelöst wurde.

Eingewachsener Nagel. Callias erzielte Erfolge durch die Anwendung des Resorcins in Substanz und in genügend reichlicher Menge auf die vom Derma entblöfsten Teile. Die Wirkung ist ganz oberflächlich und die Fungositäten lösen sich allmählich ohne Schmerzempfindung auf. In diesem Falle wirkt das Resorcin durch seine leicht kaustische Wirksamkeit. Der Verf. zögert nicht aus dieser letzteren Eigenschaft, der aufserordentlich auflösenden Wirkung des Produktes, aus dem Mangel des Geruches und der Ungiftigkeit (das Medikament ist bei dem äufserlichen Gebrauch niemals gefährlich), aus seinen antiseptischen und antiputriden Eigenschaften zu schliefsen, dafs das Resorcin eines Tages einen hervorragenden Platz unter den therapeutischen Mitteln einnehmen wird.

Paris. Henri Fournier.

(Übersetzt von Th. A. Kirsten in Leipzig.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Frankreich.

Pariser Korrespondens. (August 1887.) Einige Eigentümlichkeiten der Varicellen. — Hautstriemen bei den Epileptikern. — Zustand der Hautempfindlichkeit beim Gelenkrheumatismus. — Exstirpation der Balggeschwülste der Kopfschwarte. — Chloralhydrat-Erythem. — Behandlung der Keloide mittels Elektrolyse.

Einige Eigentümlichkeiten der Varicellen. Die Varicellen können, trotz ihrer gewöhnlichen Ungefährlickeit und ihres einfachen Verlaufes in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, zuweilen der Ursprung sehr ernster Affektionen sein, so besonders gangränöser Dermatitis, wie es ganz kürzlich Radcliffe Crocker in der Königl. medizin. und chirurg. Gesellschaft von London beschrieb. Wenn auch die wahren Komplikationen bei dieser Krankheit selten sind, bietet sie doch oft interessante Eigentümlich-

keiten, welche Comby soeben in einer neueren Arbeit behandelt hat. Zunächst führt sie fast regelmäfsig ein Exanthem der Mund- und Pharynxschleimhaut mit sich, welches eine wichtigere Rolle spielen kann, als die eigentliche Eruption. Ihrer Anzahl entsprechend, führen die Bläschen des Mundes und Gaumensegels nur eine unbedeutende Reaktion herbei oder bringen wohl Stomatitis oder Gingivitis oder Phlegmasia labialis mit Speichelflufsanschwellung, Schmerz und Erschwerung des Kauens hervor. Die Bläschen der Varicellen können die Conjunctiva der Lider oder des Augapfels erreichen und eine Conjunctivitis herbeiführen; sie können auch eine Keratitis hervorbringen, welche zuweilen von einem unvertilgbaren Fleck gefolgt ist. Bei den kleinen Mädchen ziehen die Varicellen öfters eine leichte Vulvitis mit schmerzhaften Miktionen nach sich, welche auf der Anwesenheit von mehr oder weniger zahlreichen Bläschen auf den verschiedenen Teilen der Vulva beruht. Der Verf. betont das praktische Interesse der Diagnose der Varicellen und der Variola. Das Mittel, sie von der Varioloïs zu unterscheiden, beruht ausschliefslich in der Feststellung des Typus der Bläschen. Die Fälle von vesikulärer Urticaria und von Pemphigus können nicht mit denselben verwechselt werden.

Hautstriemen bei den Epileptikern. Arnold hat in einer der letzten Sitzungen der anatomischen Gesellschaft 4 Beobachtungen über Hautstriemen unter den 150 Epileptikern der Station des Dr. Terré in Bicêtre mitgeteilt. Der Sitz dieser Striemen ist hauptsächlich auf dem Rücken. Einige wenige zeigen sich auf den oberen Gliedern. Da diese Personen im Alter von 19 bis 29 Jahren, nichts Besonderes zeigen, was fähig wäre diese Erscheinung zu erklären, so fragt es sich, ob wir deshalb auf eine trophische Störung schliefsen sollen. Man hat bei den Epileptikern Neuralgien, Hyperästhesien beschrieben, aber die Verhältnisse dieser Striemen sind noch wenig bekannt.

Zustand der Hautempfindlichkeit beim Gelenkrheumatismus. Die Modifikationen dieser Hautfunktion sind bei dieser Krankheit häufig und es geschieht nur ausnahmsweise, dafs man dieselben nicht antrifft. Dr. Barbillion hat dieses Thema in seiner These erörtert. Für ihn ist die Sensibilität der Haut in einer oder mehreren Richtungen verändert. Was die Sensibilität der Berührung anbetrifft, so kann sie oder eine Hyperästhesie höchsten Grades oder im Gegenteil eine relative Anästhesie vorhanden sein. Die Temperaturempfindung ist gleichfalls sehr verändert. Allein die Störungen der elektrischen Sensibilität sind die häufigsten von allen. Die faradische Sensibilität der Haut wird kaum wahrgenommen oder ist völlig aufgehoben, bald vorübergehend, bald für eine mehr oder weniger lange Zeit nach dem Anfall. Die Anästhesie ist gewöhnlich auf die Hautoberfläche des kranken Gelenkes und zwar auf die ganze oder einen Teil derselben beschränkt.

Exstirpation der Balggeschwülste der Kopfschwarte. Die Ent-

fernung der Balggeschwülste der Kopfschwarte hat Veranlassung zu einer beträchtlichen Anzahl von operativen Methoden gegeben. Eine grofse Zahl von Ätzmitteln sind der Reihe nach angepriesen worden. Allein es scheint nicht, als ob die Resultate denjenigen überlegen gewesen wären, welche man sonst mit dem schneidenden Instrument erzielte. JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE gibt gleichfalls ohne Bedenken dem Bistouri dem Vorzug, sobald es sich um Geschwülste von enormem oder dichtem Volumen handelt. Der wichtigste Punkt der Operation ist für ihn die Notwendigkeit einer absoluten Sicherheit, und diese Sicherheit hängt von der genügenden Vorbereitung des Operationsfeldes ab, welche besonders schwierig auf der von allen Sorten von Staub, gemischt mit dicken, sehr schwer zu entfernenden Stoffen bewohnten Kopfschwarte ist. Die Reinigung dieser Gegend empfiehlt sich gleich anfangs. Nachdem die Nachbarschaft der Tumoren sorgfältig rasiert worden ist, führt man die Waschung mit einer Abkochung des Panamaholzes (Quillaïa saponaria) aus. Alsdann bedient man sich einer antiseptischen Substanz (Karbollösung 5 %ig oder Sublimatlösung 1‰). Nachdem die Cyste einmal ausgeschält ist, wird die Fläche mit starkem Karbolwasser gewaschen und mit Florentiner Seide genäht, wenn die Incision ausgedehnt ist. Der mit Jodoformgaze, einer dicken Lage von Torfmoos und einer etwas angezogenen Binde ausgeführte Verband bleibt 4 bis 10 Tage lang liegen. Nach dem 2. oder 3. Verband werden die Incisionslinien mit ein wenig Leinwand — mit Vaseline, ein fünftel pulverisiertes Acidum boricum enthaltend, bestrichen — verbunden. Mit diesem Verfahren hat LUCAS-CHAMPIONNIÈRE nicht nur niemals üble Zufälle beobachtet, sondern er hat zahlreiche Balggeschwülste auf dem Kopfe einer Frau entfernen können, welche 4 Erysipele des Gesichts gehabt hatte, von denen das letzte weniger als ein Jahr zuvor überstanden wurde.

Chloralhydrat-Erythem. BARBILLION hat im Kinder-Hospital eine gewisse Anzahl Fälle von Erythem beobachtet, welches auf den Gebrauch des Chlorals folgt. Die Flecke sind von einem lebhaften Rot, zuweilen weinrot und ins violette spielend; von gleichmäfsiger Färbung, sehr wenig über die gesunden Partien erhaben; von verschiedener Ausdehnung; zuweilen isoliert, oft gehäuft in Form von Inseln, mit unregelmäfsigen Konturen. Der Beginn findet gewöhnlich im Gesicht statt, wo der Ausschlag lokalisiert bleiben kann und nicht allein die Haut, sondern auch die Schleimhäute (Conjunctiva, Gaumenbogen) befällt. Zur Zeit des Ausbruches und bis zum Zeitpunkt des Erlöschens hat der Atem der Patienten einen Geruch nach Reinetten, welcher an den Geruch des Chloroforms erinnert. Der Ausschlag zeigt sich vorzugsweise auf denjenigen Teilen des Körpers, welche der Reibung ausgesetzt sind; er führt weder Schmerz noch Jucken mit sich; der Druck des Fingers läfst ihn momentan verschwinden. Der Einfluſs des Alkohols auf dessen Entstehung ist sonderbar. Er zeigt sich am gewöhnlichsten bei einer Person, welche täglich 2, 3 oder 4 g Chloral in geteilten Dosen nimmt, und $^1/_4$ oder $^1/_2$ Stunde nach der Aufnahme des

Alkohols in Gestalt von Chinawein, Bagnolswein oder Toddy. Man kann diesen Ausschlag fast nach Belieben wiedererscheinen lassen. bei den Personen, welche ihn bereits gezeigt haben, indem man ihnen eine gewisse Quantität von flüssigen Alkohol eingibt, unter der Bedingung, dafs sie unter der täglichen, weiter oben angegebenen Dosis des Chlorals stehen. Wie wirkt der Alkohol in diesen Fällen? Geschieht im Gesicht die ganze Ausscheidung des Chlorals durch die Haut und die Schleimhäute? Bringt er die Zirkulation in Gang, indem er die Wirkung des Chlorals auf die sympatischen Nerven energischer macht? Vermehrt er die Gefäfs-Paralyse welche das Chloral bereits hervorgebracht hat? Diese drei Hypothesen können verteidigt werden.

Behandlung der Keloïde mittels Elektrolyse. Unter diesem Titel hielt Dr. Brocq vor einiger Zeit einen interessanten Vortrag in der *Société médico-pratique*. In den letzten Jahren hat die Therapie der Keloide einen wirklichen Fortschritt gemacht. Man hat sie schmerzlos machen und ihr Einsinken erreichen können durch die Anwendung des Emplastrum de Vigo und die aller 8 Tage wiederholten, gekreuzten, linearen Skarifikationen (Vidal). Aber die Wirkung dieser Behandlung nimmt wahrnehmbar ab und die Besserung wird nach Verlauf einer gewissen Zeit kaum bemerkbar. Nachdem der Verf. der Mitteilung, welche wir besprechen, die Verkleinerung der Narben beobachtet hatte, indem er die in Keloidnarben befindlichen Haare durch die Elektrolyse zerstörte, entschlofs er sich die Keloide methodisch mit diesem Verfahren zu behandeln, welches bereits von Dr. Hardaway in den Vereinigten Staaten im Laufe des letzten Jahres mit einigem Erfolg versucht worden war. Aus den 4 Beobachtungen Brocqs geht hervor, dafs, wenn auch die Elektrolyse noch nicht als sichere Methode bezeichnet werden kann, sie doch die Keloidgeschwülste zwingt unter dem wiederholten Einflufs des elektrischen Stromes zu schwinden. Die guten Resultate der Methode zeigen sich erst nach mehreren Sitzungen oder wenigstens erst eine gewisse Zeit nach der ersten Sitzung. Sobald ferner die Rückbildung begonnen hat, kann sie fortfahren sich selbst während langer Perioden der Nichtintervention zu äufsern. Dies kommt bei der Behandlung mit Emplastrum de Vigo und Skarifikationen nicht vor, indem das Keloid aufhört sich zu verkleinern und sogar fast stets vorwärts schreitet, sobald man deren Anwendung sistiert. Was die manuelle Operation anbetrifft, so ist das Verfahren Dr. Brocqs folgendes. Er bedient sich einer Chardinschen Quecksilberchloridbatterie zu 24 Elementen. Der positive Pol wird von einem Metallcylinder gebildet, welcher mit Sämischleder überzogen ist, in Salzwasser getaucht und vom Pat. in der Hand gehalten wird. Am negativen Pol ist eine hinlänglich feine, leicht iridiisierte Platinnadel befestigt. Ein Ring von Siegellack ist auf der Nadel in einiger Entfernung von der Spitze — der mutmafslichen Dicke des Keloids entsprechend — angebracht, damit man genau weifs, in welcher Tiefe man sich befindet, wenn man die Nadel in die Gewebe einsticht. Das Einstechen der Nadel

ist fast immer sehr schmerzhaft; der Widerstand der Gewebe macht es hinreichend schwierig, wenn man sich einer Platinnadel bedient. Man kann es erleichtern, indem man der Nadel eine hinreichend schnelle, rotierende Bewegung mitteilt, welche man erzielt, wenn man den Cylinder, in welchem sie befestigt ist, zwischen Daumen und Zeigefinger dreht. Zu diesem Zwecke hat Dr. Brocq Cylinder mit 8 Facetten anfertigen lassen, welche leichter zwischen den Fingern zu bewegen sind, als glatte Cylinder. Auch ist es leichter die Nadel eindringen zu lassen, während der elektrische Strom in Thätigkeit ist, indem man ihn passieren läfst, sobald die Spitze der Nadel mit der Operationstelle in Berührung kommt. Um dem Patient die Schläge und die allzu heftigen Schmerzen zu ersparen, wendet Brocq langsam den Kommutator, bis die Nadel des Galvanometers annähernd 5 Milliampères anzeigt. Sobald die Elektrizität genügend gewirkt hat, bringt er den Kommutator etwas schneller zur Null zurück, bevor er die Nadel zurückzieht. Es bildet sich um die Nadel eine Art Zone von gelblichweifser oder mattweifser Farbe, in deren Niveau sich in den Geweben strahlenförmige Linien bilden, welche man bei aufmerksamer Betrachtung wahrnehmen kann. Bei einer Stromstärke von 5 Milliampères bedarf es 15 bis 30 Sekunden, um die Bildung einer Zone mit weifslichem Rande und von 3 bis 5 mm im Umkreis zu erhalten. Die Stiche müssen genügend nahe beisammen sein, so dafs sich die weifslichen Zonen beinahe berühren. Bedient man sich stärkerer Ströme von 10 bis 15 Milliampères, so werden die Schmerzen unerträglich. Man kann allerdings die Operation fast unempfindlich machen, indem man subkutane Kokaininjektionen anwendet. Was die Wiederholung der Operation anbetrifft, so glaubt Brocq, dafs man mit Vorteil aller 8 Tage eine elektrolytische Sitzung stattfinden lassen kann und dafs es gut sein würde, das Keloid wenigstens einmal aller 14 Tage der direkten Wirkung der Elektrizität an einem gegebenen Punkte auszusetzen.

Paris. Dr. Henri Fournier.

(Übersetzt von Th. A. Kirsten in Leipzig.)

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Haslund. *Overlaege, Kommunehospitalets 4de Afdeling i 1886.*

Hochsinger u. Schiff. *Über Leucaemia cutis.* (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1887. No. 3.)

G. Lewin. *Beiträge zur Lehre von der Perichondritis laryngea mit besonderer Berücksichtigung der syphilitischen.* (Charité-Annalen. XII. Jahrgang.)

Schmick. *Über einen Fall von chron. syphilitischer Lephomeningitis cerebralis.* Berlin 1887. Inauguraldissertation.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Eisenfreier alkalischer Lithion-Sauerbrunn

Salvator

Bewährt bei Erkrankungen der Niere u. der Blase, harnsaurer Diathese, bei catarrh. Affectionen der Respirations- u. Verdauungsorgane.

Käuflich in Apotheken und Mineralwasserhandlungen.

Salvator Quellen-Direction, Eperies (Ungarn)

Jodlithion-Wasser

(nach **Dr. Kirchheim**), 35

wohlschmeckend, anerkannt **wirksamstes** Mittel bei gichtischen Affectionen der Gelenke, Podagra, Chiragra, Harngries, überhaupt harnsaurer Diathese. Vorräthig in Apotheken u. Min.-Wasser-Handlungen, auch direkt zu beziehen von dem Fabrikanten

Apotheker **C. Matthes**, Gr. Salze, Reg.-Bez. Magdeburg.

Dermatotherapeutische Präparate.

Überfettete Seifen 34

Spezialität: **Guttapercha-Pflastermull**, einseitig, **echt.**

nach **Dr. P. G. Unna** von **P. BEIERSDORF**, **Altona**, Wohlersallee 40. **Kataloge gratis und franko.**

Spezialität: **Salbenmulle**, ein- und zweiseitig gestrichen.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 18.

Soeben erschien:

Singen und Sprechen

Pflege und Ausbildung

der

menschlichen Stimmorgane

von

Sir Morell Mackenzie, M. D.

Durch ein Vorwort des Verfassers eingeleitete deutsche Ausgabe von Dr. J. Michael in Hamburg.

Mit dem Bildniß des Verfassers und neunzehn Abbildungen.

8. Gebunden M. 6.—.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 21. 1. November 1887.

Eine neue Methode zur Behandlung der Pilzkrankheiten der Haut.

Von

Henry J. Reynolds. M. D.

Professor of Dermatology, College of Physicians and Surgeons, Chicago; Professor of Skin and Genito-Urinary Diseases, Chicago Policlinic; etc.

Vorgetragen auf dem internationalen Kongrefs zu Washington 6. September 1887.

Mein Vortrag bezieht sich auf die Behandlung der unter den Dermatologen als Pilzkrankheiten der Haut bekannten Affektionen, nämlich: Favus, Pityriasis versicolor und der drei Formen des Herpes tonsurans.

Was eine der letzteren anbelangt, bekannt auch als Tinea circinata oder gewöhnlicher Ringworm, und Pityriasis versicolor, so sind dieselben sehr oberflächlich und daher auch sehr leicht durch gewöhnliche Methoden zu heilen. Die Methode jedoch, welche ich zu beschreiben vorhabe, wird mehr bei denjenigen Krankheiten anzuwenden sein, wo die tieferen Teile der Haut, speziell die Haarfollikel, befallen sind, wie beim Favus, Herpes tonsurans des Kopfes und der parasitären Bartflechte.

Obgleich bei den letzteren Krankheiten viele Behandlungsarten zu verschiedenen malen vorgeschlagen und auch versucht worden sind, erweisen sich dieselben nichtsdestoweniger hartnäckig in der Behandlung, wenn nicht die kranken Haare systematisch entfernt worden sind.

Aus diesem Grunde glaube ich annehmen zu dürfen, dafs der Vorschlag zu einer bisher unbekannten Methode, welche mir

bessere Resultate zu geben scheint als irgend eine andre, gut aufgenommen werden wird, ebenso wie ein kurzer Bericht über die bisher von mir in dieser Weise behandelten Fälle.

Die Hauptsache bei allen Methoden ist, das pilztötende Mittel so anzuwenden, dafs sein Eindringen in den Grund der Haarfollikel und in das Innere der Haare unterhalb der Oberfläche der Haut gesichert ist.

Theoretisch, und ich denke, auch praktisch erreicht nun die Methode, welche ich im Begriff zu beschreiben bin, dieses Ziel vollständig.

Es ist ein schon lange anerkanntes Gesetz in der Elektrophysik, dafs Flüssigkeiten vom positiven Pol durch den galvanischen Strom zu dem negativen hinbewegt werden. Es ist seit Jahren wieder und wieder bewiesen worden, dafs eine stärkere Resorption medizinischer Stoffe durch Anwendung dieses Prinzips bewirkt werden kann. Das zu resorbierende Medikament wird auf die positive Elektrode appliziert und diese auf die betreffende Hautstelle gebracht, indem durch Aufsetzen des negativen Pols auf irgend einen andren Teil des Körpers der Strom geschlossen wird.

Der Erfolg ist vielleicht am besten durch die Thatsache zu illustrieren, dafs eine Auflösung von Kokain, auf die gesunde Oberhaut in dieser Weise appliziert, in wenigen Minuten die Haut dermafsen durchdringt, dafs eine vollständige lokale Anästhesie aller zur Haut gehörigen und unter der Haut befindlichen Teile unterhalb des positiven Pols erzeugt wird, über welchen Gegenstand ich in der letzten Versammlung der American Medical Association einen Vortrag hielt. (*Journal American Medical Association.* August 12. 1887.)

Es waren in der That Experimente über lokale Anästhesie, welche in mir den Gedanken wachriefen, dasselbe Prinzip mit Vorteil bei der Behandlung dieser hartnäckigen und lästigen Krankheiten anzuwenden.

Der galvanische Strom ist bei der sogleich zu beschreibenden Methode also nur das Mittel, das pilztötende Medikament tiefer in die Haut einzuführen; immerhin ist es möglich, ja sogar wahrscheinlich, dafs die Elektrizität selbst ebenfalls einen heilsamen

Effekt auf den krankhaften Zustand ausübt, resp. einen zerstörenden Einfluſs auf den Pilz, welcher die Ursache der Affektion ist.

Mit Ihrer Erlaubnis werde ich jetzt die genaue Beschreibung der von mir angewandten Methode geben.

Obgleich ich nicht ein Elektriker von Fach bin, glaube ich doch, es als eine zweifellose Thatsache hinstellen zu dürfen, daſs eine groſse Anzahl kleiner Zellen mehr elektrolytische Wirksamkeit besitzt, als wie derselbe Flächeninhalt in Form groſser Zellen.

Ich habe daher eine nach diesem Prinzip konstruierte Batterie angewandt, dieselbe, welche ich für Entfernung überflüssiger Haare gebrauche, bekannt als Mc. Instosh-Batterie.

Aus Gründen, die nicht nötig sind, hier zu erörtern, ist der faradische Strom hierzu unbrauchbar, ebenso der negative Pol des galvanischen Stroms.

Die Stromstärke richtet sich nach der Empfindlichkeit des Teiles, der Gröſse der Elektrode, etc. Es ist immer notwendig, den stärksten Strom zu benutzen, der ohne Unbehagen vom Patienten ertragen werden kann. Bei der Batterie, die ich benutze, variiert die Stärke von 5 bis 10 Zellen, was aber durchaus nicht als Regel maſsgebend ist.

Das einzige Kriterium ist das Gefühl des Patienten, die Erfahrung und Einsicht des Arztes.

Eine bestimmte Anzahl von Zellen anzugeben würde schon deshalb ungerechtfertigt sein, da die Stärke der Zellen immer mit der Frische der Flüssigkeit in der Batterie variiert, mit der Zeit, während welcher die Platten bereits im Gebrauch sind, etc.

Die Stromstärke in Milliampères anzugeben wäre unwissenschaftlich ohne gleichzeitige Angabe der Gröſse der Elektrode und des Widerstandes.

Wenn die zu behandelnden Hautstellen hyperämisch oder entzündet sind, werden nur schwächere Ströme ertragen, genügen aber auch, weil dann der elektrische Widerstand geringer ist.

Der Schwamm an der Elektrode, welcher für die parasiticide Flüssigkeit gebraucht wird, muſs von der feinsten und weichsten Qualität sein.

Art der Applikation.

Die zu behandelnde Oberfläche muſs zunächst sorgfältig von

Krusten gereinigt, Schuppen und Fett wie gewöhnlich mittels Einölung und heifser Abseifung entfernt werden, und eventuell möge man selbst lose Haare beseitigen, obwohl ich es in meinen Fällen nicht that.

Nun sättige man den Schwamm der positiven Elektrode mit dem gewählten pilztötenden Mittel in wässeriger, alkoholischer oder ätherischer Lösung und setze dieselbe direkt auf die zu behandelnde Stelle. Den negativen Pol appliziere man mit gut angefeuchtetem Schwamm auf eine nahe liegende Hautstelle. Auch ein entfernter Ort, wie z. B. eine Hand, pafst für die negative Elektrode, doch wird der Effekt erst nach längerer Zeit eintreten, als wenn die Applikation in der Nähe geschieht.

Die Elektroden müssen fest auf die Haut aufgesetzt werden, die positive wird dann und wann mit der Auflösung, die negative mit Wasser befeuchtet.

Um eine genügende Wirkung zu erzielen, mufs die positive Elektrode auf jeder kranken Stelle mehrere Minuten verweilen, bevor eine neue in Angriff genommen wird. Ich empfehle eine solche Behandlung an der Kopfhaut nicht länger als 10 oder 15 Minuten dauern zu lassen und auch nicht öfter als einmal am Tage vorzunehmen,

Das pilztötende Mittel, welches ich in meinen Fällen benutzte, war eine 1 % Auflösung von Sublimat.

Ich hatte gehofft im stande zu sein, Ihnen über eine bedeutende Anzahl von Fällen berichten zu können, aber ich hatte bis jetzt nur Gelegenheit, drei Patienten auf diese Weise zu behandeln. Einer litt an Favus, und zwei litten an Herpes tonsurans.

Fall 1. John A. . ., Alter 17 Jahre, sonst kerngesund, wurde von mir zuerst am 12. Januar 1887 untersucht. Derselbe hatte einen Ausschlag am Kopfe seit 10 Jahren, während welcher Zeit er in Behandlung von zahlreichen Ärzten gewesen war, ohne einen permanenten Erfolg zu erzielen. Um die Diagnose in diesem Falle zu sichern, wurde jede örtliche Behandlung und selbst das Waschen des Kopfes zwei Wochen lang suspendiert. Am 26. Januar 1887 ergab die Besichtigung mitten zwischen Scheitel und Stirn einen Fleck von etwa 2 Zoll Durchmesser, mehr oder weniger bedeckt mit der charakteristischen schwefelgelben Kruste, welche an manchen Stellen deutlich die Napfform zeigte. Die Haare waren trocken, abgebrochen, lose und beträchtlich verdünnt. Auch fanden sich noch 2 oder 3 kleine Flecke der beschriebenen Art. Die mikroskopische Untersuchung zeigte,

dafs die Krusten aus den charakteristischen Sporen und Mycelien bestanden. Die Stelle wurde gründlich gereinigt, die Behandlung begann in der beschriebenen Weise und wurde täglich wiederholt. Aufserdem wurde nachts eine Salbe aus 4 Teilen Fett und 1 Teil Citrine ointment appliziert und der Kopf am Morgen vor der elektrischen Behandlung sorgfältig gereinigt. Dieses wurde bis zum 1. Februar fortgeführt und der Patient nicht wieder vor Ende Mai gesehen, zu welcher Zeit er vollständig frei von Favus war.

Fall 2. Mary L. . ., 10 Jahre alt, suchte Behandlung nach am 21. Februar 1887. Sie hatte schuppige Flecke auf der Kopfhaut seit 4 Jahren, einen Fleck in der Gegend des rechten Scheitelbeinhöckers von 2 Zoll Durchmesser und ferner noch zwei kleinere Flecke. Die Haare waren abgebrochen, etc. Die mikroskopische Untersuchung zeigte das Trichophyton in und an den Haaren. Die Behandlung war dieselbe wie im Fall 1, mit der Ausnahme, dafs keine Salbe gebraucht wurde. Die Behandlung wurde während 3 Wochen täglich fortgesetzt. Seit dem Mai hatte die Patientin keine Behandlung mehr gehabt und am 12. Juli, wo sie zuerst wieder gesehen wurde, war sie vollständig geheilt.

Fall 3. Susan L. . . Schwester des Fall 2, suchte um dieselbe Zeit Behandlung nach. Sie hatte die nämliche Krankheit wie ihre Schwester, obgleich nicht in solcher Ausdehnung, seit 2½ Jahren. Die Diagnose wurde ebenfalls mittels des Mikroskops gestellt. Die Behandlung begann zur selben Zeit, wie die ihrer Schwester, wurde auf dieselbe Weise fortgeführt und dauerte ebenso lange. Auch sie erwies sich als vollständig geheilt.

Obgleich ich nicht im stande gewesen bin wegen der beschränkten Anzahl von Fällen, welche ich behandelte, in befriedigender Weise den ganzen Wert dieser Methode darzuthun und ihren Wert mit dem andrer Methoden zu vergleichen, so bin ich doch vollkommen überzeugt, dafs ich in den genannten Fällen Resultate erzielte, welche durch keine andre Behandlungsweise hätten erreicht werden können.

Ich empfehle daher diese Behandlungsmethode meinen Fachkollegen angelegentlich und gebe der Überzeugung Ausdruck, dafs durch weitere Erfahrungen und ausgedehnte Beobachtungsreihen von seiten möglichst vieler Dermatologen die Superiorität derselben vor allen bisher angewandten Methoden sich ergeben wird.

163 State St. Chicago, III.

Zur Kenntnis der Impetigo herpetiformis.

Von

Dr. Joseph Zeisler

in Chicago.

Vorgetragen in der Sektion für Dermatologie und Syphilis des IX. internat. mediz. Kongresses in Washington.

Wenn zur Behandlung einer Krankheit eine grofse Zahl von Arzneimitteln empfohlen wird, so pflegt dies gewöhnlich ein Zeichen dafür zu sein, wie unsicher unser therapeutisches Handeln in dem Falle ist; ähnlich scheint es mir mit der pathologischen und klinischen Erkenntnis einer Affektion bestellt zu sein, zu deren Bezeichnung von fast jedem neuen Beobachter ein neuer Name gewählt worden ist. Speziell gilt dies von der Krankheit, die den Gegenstand meiner Mitteilung bildet.

Unter der sehr charakteristischen Benennung „Herpes vegetans" zuerst von Auspitz im Jahre 1869 beschrieben[1], wurde die Affektion auf Grund von 5 klinischen Beobachtungen im Jahre 1872 von Hebra zuerst als „Impetigo herpetiformis" bezeichnet[2]; später (1873) folgten die Namen „Herpes pyaemicus" und „Herpes puerperalis" durch Neumann.[3] Einige zweifellos hierher gehörige Fälle von wahrscheinlich milderem Charakter wurden als „Herpes gestationis (Bulkley) und „Hydroa gestationis" (Smith) beschrieben. In seinem *„System der Hautkrankheiten"*[4] gibt Auspitz den früher von ihm gewählten Namen auf und ersetzt ihn durch eine Variante des Hebraschen „Herpes impetiginosus". Unna[5] kritisierte in einer trefflichen Arbeit über „Impetigo contagiosa nebst Bemerkungen über pustulöse und bullöse Hautaffektionen", auf Grund von anatomischen Betrachtungen, die Berechtigung des Namens Impetigo herp., überliefs es jedoch der Zukunft und besserer ätiologischer Erkenntnis, einen passenderen Namen

---

[1] *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1869. pag. 247.
[2] *Wr. Mediz. Wochenschrift.* 1872. No. 48.
[3] *Lehrbuch.* 1873. pag. 185.
[4] 1880. pag. 73.
[5] *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1880. pag. 13 u. ff.

zu wählen. DUHRING hat das unbestrittene Verdienst, für die in Frage stehende Krankheit neues und lebhaftes Interresse erweckt zu haben; unter Festhaltung eines von allen früheren Beobachtern verschiedenen Standpunktes und unter wesentlich breiterer Auffassung des Krankheitsbegriffes führte er den Namen „Dermatitis herpetiformis" ein, von der er mehrere Varietäten unterschied, darunter eine pustulöse, die mit der HEBRAschen Impetigo herpetiformis identisch sei; in einer gröfseren Reihe von Arbeiten und durch Mitteilung zahlreicher Krankengeschichten versuchte DUHRING seinen Ansichten Anerkennung zu verschaffen. Es lag ursprünglich in meinem Plane, an dieser Stelle die erwähnten Arbeiten Revue passieren zu lassen und die Berechtigung von DUHRINGS Stellung zu untersuchen. Seither sind aber mafsgebendere Autoren dieser Aufgabe gerecht geworden, und ich darf mich daher diesbezüglich kurz fassen. Zunächst hat BULKLEY[6] im Vorjahre sowohl den von DUHRING gewählten Namen als auch die Zusammenfassung von so vielen verschiedenartigen Prozessen unter einem Begriffe angegriffen; dann aber hat KAPOSI in einer ganz kürzlich erschienenen, ausgezeichneten und erschöpfenden Arbeit[7] seine gewichtige Stimme erhoben und vor Verwirrung in der der Klärung so bedürftigen Frage gewarnt; diese Arbeit ist wohl jedem Interessierten zu frisch im Gedächtnis, als dafs ich es nötig hätte, auf dieselbe näher einzugehen. Wenn sich auch so manches gegen den Namen Impetigo herpetiformis einwenden läfst, so liegt vorläufig kein Grund vor, denselben aufzugeben, so lange kein besserer, das Wesen der Krankheit deutlicher bezeichnender Name zur Verfügung steht; dies mag erst der Fall sein, bis wir der Ätiologie dieser bislang so rätselhaften Affektion näher gerückt sind. Eines scheint mir aber doch schon heute ziemlich allgemein adoptiert zu sein, dafs der von HEBRA als Impetigo herpetiformis beschriebene Prozefs durch das ganze klinische Bild, das bisher fast regelmäfsige Auftreten bei Weibern und den meist nachweisbaren Zusammenhang mit dem Puerperium, den letalen Ausgang, die so charakteristischen und kaum zu verkennenden Effloreszensen sich von

[6] *Journ. of cut. and ven. Dis.* April 1886.
[7] *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1887. II. Heft.

allen andern, wohlbekannten Dermatosen so plastisch abhebt, dafs es kaum am Platze sein kann, denselben mit andern so ganz und gar verschiedenen Affektionen in einem Topf zu werfen. Fast scheint es, als ob Systemen und Namen in unserm Spezialfache zu viel Bedeutung beigelegt wurde; die Möglichkeit, eine durch besondere nosologische Eigenschaften ausgezeichnete Krankheit von andern scharf abzugrenzen, ist wohl die wichtigere Aufgabe.

Die folgende Beobachtung soll nun dazu beitragen ein weiteres Beispiel zu der von HEBRA aufgestellten Form zu liefern.

Am 20. Januar 1885 wurde ich auf gütige Veranlassung von Prof. C. FENGER zu Frau ROSA UNGER wegen einer angeblich sehr schmerzhaften Lippenaffektion gerufen und erhielt damals die folgenden anamnestischen Daten.

Die Patientin, 28 Jahre alt, aus Ungarn gebürtig, ist seit etwa 7 Jahren in diesem Lande, seit 6 Jahren verheiratet, und hat während dieser Zeit 3 Kinder geboren, von denen 2 am Leben und vollkommen gesund sind. Sie selbst soll bis zur gegenwärtigen Erkrankung sich stets des vollkommensten Wohlseins erfreut haben. Die Menses waren seit jeher sehr reichlich und sollen in der letzten Zeit jedesmal 8 Tage gedauert haben. Die gegenwärtige Erkrankung hat vor $3^1/_2$ Monaten mit Halsschmerzen begonnen. Bald darauf wurden die Lippen wund, es bildeten sich auf denselben Krusten, nach deren Entfernung stets starkes Bluten erfolgte, ohne dafs jedoch anfänglich erhebliche Schmerzen bemerkt wurden. Nachdem durch einen Monat eine Anzahl von Hausmitteln erfolglos versucht worden war, wurde hierauf eine ganze Reihe von Ärzten konsultiert, ohne auch nur Linderung der inzwischen sehr heftig gewordenen Schmerzen zu erreichen; im Gegenteile, die Affektion breitete sich auf die Mund- und Nasenschleimhaut aus, und an dem rechten Zeigefinger und der grofsen rechten Zehe traten Nagelbettentzündungen auf. Als Ergänzung dieser Angaben wurde — allerdings erst einige Wochen später — in Erfahrung gebracht, dafs das dritte, vor einem Jahre geborene Kind bei seiner Geburt nicht näher beschriebene Hautausschläge gehabt haben soll, besonders auch ad anum, dafs das Kind an starken Nasenbluten gelitten haben soll, und nach 8 Wochen zu Grunde gegangen sei. Diese Mitteilung

war, wie begreiflich, nicht wenig geeignet die Auffassung des Falles zu komplizieren und an Lues denken zu lassen. Aber es sei schon an dieser Stelle hervorgehoben, dafs sorgfältige, in dieser Richtung angestellte Nachforschungen dieses ätiologische Moment sehr zweifelhaft erscheinen liefsen, und sei noch erwähnt, dafs der Gatte stets vollkommen gesund gewesen und geblieben war. Der Geburt des genannten Kindes sollen durch einige Monate starke Uterinblutungen gefolgt sein, welche endlich durch ärztliche Intervention zum Stillstand gebracht wurden. Mit diesem Aufhören der Blutungen bringt Patientin das gegenwärtige Leiden in kausalen Zusammenhang.

Stat. präs. 20. Januar 1885. Die Kranke ist eine wohlgenährte, recht kräftig aussehende Frau mit reichlichem Fettpolster. Die Haare hellbraun, die Augen blaugrau. Auf dem behaarten Kopfe, in der Mitte der Scheitelgegend, eine etwa thalergrofse, von dicker schwappender, gummiartiger Kruste bedeckte Stelle, nach deren Abhebung eine von dünner, schmutzig grauer, eiterähnlicher Flüssigkeit bedeckte, dunkelrote Fläche sichtbar wird. Ähnliche kleinere Stellen noch sonst auf dem Schädel, dem Nacken und der vorderen Thoraxgegend. Die Naseneingänge durch lockere Krusten verklebt. Beide Lippen durchaus von schwarz bis hellbraun gefärbten, schildförmigen Borken bedeckt, die leicht als Ganzes ablösbar sind, wobei mäfsiges Bluten erfolgt und die ihrer Oberhaut entblöfsten, teils blutenden, teils grauweifs belegten Lippen sichtbar werden, die nun noch viel schmerzhafter sind als zuvor. Die Inspektion der Mund- und Rachenhöhle kann infolge heftiger Schmerzen nur unter grofsen Schwierigkeiten vorgenommen werden. Auf der Schleimhaut derselben zeigen sich durch serpiginöse, dunkel injizierte Ränder scharf abgegrenzte Flächen, die ihres Epithels verlustig sind und gleichsam wie verbrüht aussehen. Sehr starker Foetor ex ore. Am rechten Zeigefinger besteht eine Nagelbettentzündung, durch die der getrübte Nagel teilweise abgehoben und das Fingerendglied angeschwollen und schmerzhaft ist. Die Haut der Genito-Cruralgegend beiderseits dunkel gerötet, stark nässend und zum Teile von blumenkohlähnlichen Wucherungen, breiten Kondylomen nicht unähnlich, besetzt. An der Aufsen-

seite des linken Oberschenkels eine etwa thalergroſse, gleichsam exkoriierte Stelle. An der rechten groſsen Zehe eine von dicker, gummiartiger Borke bedeckte etwa centgroſse Stelle. Der Harn von Eiweiſs und Zucker frei. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt normale Verhältnisse, jedoch besteht mäſsiger Cervikalkatarrh. · Temperatur 37,8 °. Puls 80.

24. Januar. Auf dem Rücken in der Kreuzbeingegend eine reichliche, frische Eruption von in Gruppen gestellten Pusteln, in vollster Entwickelung, auf dunkel geröteter Basis, sehr ähnlich Blatterneffloreszenzen. Die früher beschriebenen Stellen am Oberschenkel und der groſsen Zehe mit fungösen Wucherungen bedeckt.

31. Januar. Die meisten der eben genannten Pusteln abgetrocknet; unter den Borken findet sich teils eine mit junger Epidermis bedeckte, braunrote Fläche, teils zeigt sich eine nässende, etwas infiltrierte und mit grauweiſsem Exsudate bedeckte Stelle. Um die Zehennägel herum Auftreten von miliaren Pustelchen. Der rechte Zeigefingernagel von seiner Unterlage ganz abgehoben, läſst sich leicht entfernen. Auch mehrere andre Fingernägel zeigen sich getrübt, offenbar durch unter denselben stattfindende Exsudation. Der Zustand an den Lippen insofern unverändert, als sich die Krusten nach Entfernung sehr rasch wieder erneuern.

Vom 3. bis 13. Februar befand sich die Kranke in einem Hospitale, wo das Leiden für Syphilis gehalten und dem entsprechend behandelt wurde, ohne jedoch irgendwie günstig beeinfluſst zu werden.

13. Februar. Nachdem im Spitale das Kopfhaar abgeschnitten worden, zeigt sich nun die Kopfhaut in gröſseren, von serpiginösen Konturen begrenzten Strecken erkrankt, von dicken Krusten bedeckt, unter denen die oben erwähnte Beschaffenheit sich findet. Das periphere Fortschreiten des Prozesses kann nun sehr deutlich durch an den Rändern sichtbare Rötung und Schwellung und miliare Pustelbildung verfolgt werden. Der Kopf verbreitet einen höchst widerlichen Geruch. Lippen, Mund- und Rachenschleimhaut, sowie Naseneingänge wie anfänglich geschildert. An der Zungenspitze einige kleine, fungöse Wuche-

rungen. An Händen und Füßen verbreitet sich die Krankheit in zentripetaler Richtung durch in der Peripherie der vorher ergriffenen Stellen reichlich auftretende miliare Pustelchen. In ähnlicher Weise breitet sich die Affektion in der Genito-Cruralgegend nach hinten gegen die Crena ani und nach außen und unten aus. Das Endglied des rechten Zeigefingers kolbenartig angeschwollen, sehr schmerzhaft. Der allgemeine Kräftezustand hat sehr abgenommen, das Fettpolster ist teilweise geschwunden, der Puls klein, schwach, beschleunigt. Während das Jucken entsprechend den befallenen Hautpartien nur mäßig ist, wird konstant über furchtbare Schmerzen an den Lippen geklagt, die Essen und Trinken sehr erschweren.

Es würde zu weit führen, wollte ich meine seiner Zeit fast täglich gemachten Notizen hier rekapitulieren. Ich will nur summarisch mitteilen, daß von nun ab der Prozeß, ohne deutliche Etappen einzuhalten, unaufhaltsam fortschritt; von den Fingern breitete sich die Pustelbildung über die Handgelenke, von den Zehen über die Sprunggelenke hin aus, ebenso von der Leistenbeuge nach allen Richtungen zu; neue Herde zeigten sich in den Achselhöhlen, in den Falten unter den herabhängenden Brüsten, um den Nabel herum, an den Ellenbogen. Während früher das Fortschreiten durch Aufschießen von miliaren Pustelchen geschah, zeigen sich jetzt meist größere Blasen, oft bis zu Wallnußgröße; die Blasendecken sind dünn, matsch, erscheinen oft schon nach 24 Stunden braun bis schwarz gefärbt. Der Blaseninhalt meist dünnflüssig, trüb; nach Entfernung der Blasendecken erscheint das dunkelgerötete Rete von einer dicken, grauweißen, schmierigen Masse oft über größere Strecken hin bedeckt, die sich leicht in ganzen Stücken abheben läßt. Nun bilden sich an diesen Stellen sehr rasch jene oben genannten Vegetationen aus. Hier und da trat auf kleinere Strecken hin Überhäutung ein. Niemals kam es zur Ulceration. Besser als ich es beschreiben könnte, werden die Abbildungen, die ich Ihnen hier zeige, und die der citierten Arbeit Kaposis entlehnt sind, den damaligen Zustand der Kranken illustrieren; als ich diese Bilder zuerst sah, war ich von der kollosalen Ähnlichkeit mit meinem Falle höchst frappiert. Prof. Hyde, der die Kranke am 1. März

1885 mit Prof. ALLEN und mir sah, zögerte nicht einen Moment, die Diagnose Impetigo herpetiformis zu stellen. Der Prozefs war damals in vollster Entwickelung und der gröfste Teil des Integumentes mehr weniger ergriffen, so dafs an ein Verbinden der erkrankten Stellen kaum zu denken war; ich hatte daher die Patientin schon seit dem 25. Februar in ein zu dem Zwecke hergerichtetes Wasserbett gebracht, in dem sie den gröfsten Teil des Tages und der Nacht zubrachte.

Der weitere Verlauf gestaltete sich nun recht trostlos. Die Kranke wurde immer schwächer und schwächer, der Puls immer kleiner und schneller. Hier und da schien für eine Reihe von Tagen Stillstand einzutreten, dann erschien wieder neuerliche, mächtige Blasenbildung, die sich immer durch Temperatursteigerung und einen an der Peripherie der alten Plaques auftretenden erythematösen Saum ankündigte. Am 1. April trat eine komplizierende Peritonitis unter Schüttelfrösten hinzu; die Kranke wurde bald soporös; vollkommene Depression wechselte mit heftigen maniakalischen Zuständen, in denen sie die nächsten Angehörigen mifshandelte. Der Puls wurde immer rascher, bis zu 160, dabei fadenförmig, und unter den Erscheinungen von Gehirnlähmung starb die Kranke am Morgen des 6. April. Eine Autopsie wurde leider nicht gestattet.

Von der Behandlung habe ich bis nun nicht gesprochen und leider habe ich diesbezüglich nichts Erfreuliches zu berichten. Gegen die Schmerzen an den Lippen wurde eine ganze Reihe von Salben, Pulvern und Einpinselungen mit nur vorübergehendem Erfolge versucht; selbst 5 % Kokainlösung erwies sich ungenügend. Ebensowenig schien die topische Behandlung der erkrankten Hautstellen irgend einen Einfluſs auf den Stillstand oder die Rückbildung des Prozesses zu haben. Salben wurden sehr schlecht vertragen; Jodoformpulver schien noch am ehesten die Schmerzen etwas zu lindern und den bisweilen furchtbaren Gestank an den Vegetationen zu vernichten. Das Wasserbett, in dem die Pat. mit geringen Unterbrechungen fast 5 Wochen zubrachte, erwies sich als ein wahrer Segen, denn im Bette klebte die Kranke förmlich an ihren Kissen und Linnen an, während sie dort sich relativ wohl fühlte. Zusätze von Subli-

mat und Alkohol zu dem Bade schienen ohne Effekt auf die Eiterungsprozesse an der Haut. Die interne Behandlung versuchte teils roborierend, teils umstimmend zu wirken; aber weder Eisen, noch Arsen, Secale, Jodkalium oder Quecksilberpräparate schienen irgend welchen Einfluſs auszuüben, und so kann ich denn nur sagen, daſs die von mir versuchte Therapie dieser furchtbaren Krankheit vollkommen machtlos war.

Was nun die Diagnose des vorliegenden Falles anlangt, so kann für denjenigen, der jemals einen ähnlichen Fall gesehen oder die Beschreibungen von Auspitz, Hebra, Kaposi gelesen hat, kaum ein Zweifel sein, daſs derselbe ein höchst klassisches Beispiel der Impetigo herpetiformis bildet. Das Auftreten an einem weiblichen Individuum, im Anschlusse an eine wenn auch nicht näher eruierte Uterinaffektion, die offenbar von dem letzten Puerperium datierte, die charakteristische, gruppierte Pustelbildung, die Affektion der Schleimhäute, der Nägel, die Lokalisation des Leidens, die beschriebenen Vegetationen, der rasche, fast unaufhaltsame Verlauf sprechen wohl stark genug dafür. Ich kann nicht verhehlen, daſs beim Lesen einer im Vorjahre aus der Feder Neumanns erschienenen Arbeit über Pemphigus vegetans[8] mir für einige Zeit Zweifel erwuchsen, ob ich es nicht mit dieser seltenen Form des Pemphigus zu thun gehabt; aber der stets eiterige Inhalt der Blasen und Bläschen in meinem Falle spricht dagegen. Jedenfalls scheint mir eine auſserordentliche Verwandtschaft zwischen diesen beiden Prozessen zu bestehen und eine Differenzierung derselben besonders in den Anfangsstadien zu den schwierigsten Aufgaben der Diagnostik zu gehören. Von einzelnen Beobachtern wird ja direkt ein Übergehen der Impet. herp. in Pemphigus berichtet, wie z. B. in dem Falle Heitzmanns[9], der allerdings von Auspitz und Kaposi anders gedeutet wird. Den von einzelnen für charakteristisch gehaltenen Vegetationsbildungen legen Kaposi und a. keinen diagnostischen Wert bei, indem dieselben nur als der Ausdruck eines bei herabgekommenen Individuen gestörten Epidermisersatzes gedeutet wird. Die Mitteilung eines zum erstenmal

[8] *Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.* 1886.
[9] *Amer. Archiv of Derm.* IV. pag. 78.

bei einem Manne beobachteten Falles durch KAPOSI[10] unterbricht die bisher geschlossene Kette einer allerdings relativ kleinen Anzahl von nur bei Weibern konstatierten Fällen und ist geeignet, unsre bisherigen Ideen über die Ätiologie der Krankheit zu stören; andre von DUHRING, ROBINSON[11] u. a. mitgeteilte gehören wohl kaum hierher. Weitere Erfahrungen müssen hier Klärung bringen. Es kann nicht genug betont werden, wie wichtig die Unterscheidung derartiger Fälle von Syphilis ist, und was NEUMANN am Schlusse der oben citierten Arbeit in beredten Worten in bezug auf Pemphigus vegetans sagt, gilt wohl auch in unserm Falle.

Auch in dem von mir mitgeteilten Falle schien manches aus der Anamnese dafür zu sprechen; aber wie unverläfslich sind für gewöhnlich die Angaben, die wir von unsern Patienten erhalten, wie verschwindend unrichtig gegen das, was mir mit unsern Augen sehen! Ob ich, nach dem was ich mitgeteilt, zu der Diagnose Impetigo herpetiformis berechtigt war, mufs ich dem Urteile älterer und erfahrenerer Beobachter überlassen.

Dafs ich mit der vorstehenden Mitteilung zur Pathologie und Ätiologie unsrer Krankheit nichts Nennenswertes beigetragen habe, ist mir wohl bewufst; Fälle der Privatpraxis können eben nicht so ausgenutzt werden, als solche in Spitälern. Aber da bis nun eine so spärliche Anzahl von Beobachtungen dieses seltenen Leidens vorliegt, so mag meine Absicht, meinen Fall in weiteren Kreisen zu veröffentlichen, berechtigt erscheinen.

---

[10] l. c.

[11] *Journ. of cut. and ven. Dis.* 1885.

Zur Kasuistik des Lichen ruber. Lichen ruber in Ungarn.

Von

Dr. S. Róna

in Budapest.

(Schluſs.)

Ungarische Litteratur und mündliche und schriftliche Mitteilungen ungarischer Autoren über Lichen ruber.

Dr. Emerich Poor (Prim. der Abteilung für Hautkrankkrankheiten des Rókusspitals zu Budapest) veröffentlichte schon im Jahre 1862 (*Gyógyászat* 1862) unter dem Titel: „Der zweite geheilte Fall von Lichen ruber exsudativus, besser von Ekzema psoriasiforme“ einen Fall, und streitet mit Hebra gegen die Selbständigkeit dieser Krankheit, die nach Poor nichts Andres sei, als eine Mischform von Psoriasis und Ekzem; der Fall endete mit Heilung. Aber schon im nächstfolgenden Jahre weist Schwimmer (damals Sekundarius der Hebraschen Abteilung in Wien) in einem polemischen Artikel (*Allg. Wiener Med. Zeitung.* 1863. No. 52) diese Zumutung zurück, indem er klarlegte, daſs der von Poor veröffentlichte Fall nichts gemein mit einem Lichen ruber hatte. Auch ich kann dies nach jener Lektüre bestätigen und ich halte diesen Fall für ein universelles Ekzem.

Derselbe Autor veröffentlichte im Jahre 1875 (*Gyógyászat* 1875) unter dem Titel: „Ein neuer Fall von Lichen ruber“ einen Krankheitsfall mit tödlichem Ausgange. In diesem Artikel nimmt Poor selbst die Selbständigkeit des Lichen ruber an. Der Fall ist kurz gefaſst folgender:

J. Hill, 38 Jahre seit Mai 1872 hautkrank.

St. praes. 13. November 1872. Über dem linken Jochbein ist die Haut auf einer 2 □″ groſsen, rundlichen Stelle dunkelrot, trocken, heiſs, geschwollen. In der Nähe betrachtet sieht man, daſs die Haut nicht glatt sondern rauh ist, und der ganze Fleck aus braunroten, hirsekorngroſsen, harten, mit stecknadelkopfgroſsen, fest haftenden Schüppchen bedeckten Papeln besteht. Mäſsiges Jucken, kein Nässen, keine Borkenbildung oder Desquamation. Die Knötchen wuchsen nicht nach der Peripherie, sondern traten einzeln in der Peripherie der Plaque auf. Am linken Oberarm ist

der Ausschlag schon 3 Monate alt, okkupiert das obere Drittel der äufseren Fläche in elliptischer Form. In diesem Kreise sah man zerstreut unregelmäfsig geordnete, weniger kegelförmige als runde, dunkelbraune Knötchen, deren Zwischenraum eingesunken ist und gleichmäfsige, blafsrote Hautinfiltrationen zeigt, von welchen auf Reibung kleine Schüppchen abfielen. In der Umgebung dieser Plaque auf ca. $^3/_4$—1 " Breite dunkelrote, dichtgedrängte Knötchen.

Verlauf. Langsam wurde die Krankheit allgemein. Am 23. Novbr. trat Lungenentzündung auf. Vom 22. bis 31. Januar 1873 ist die ganze Haut blafsrot, schuppend, die Knötchen ausgeglichen. Neuere entstanden nicht. Allgemeine Abmagerung, profuse Diarrhöen und am 6. Februar desselben Jahres Tod. Obduktion vollführt von Prof. Dr. SCHEUTHAUER.

Sektionsbefund: Pleuritis dextra cum compressione totali pulmonis dextri, tuberculosis lienis chronica, hepar granulatum; degeneratio amyloidea; nephritis interstitialis renum. Hydrops ascites. Ulcera dysenterica ilei inferior. Dysenteria incipiens coli. Decubitus. Lichen ruber exsudativus.

Den letzteren betreffend sagt das Protokoll: „Die Haut ist fast überall verdickt, infiltriert mit dünnen, gelblichweifsen, leicht abstreifbaren Schuppen bedeckt, an vielen Stellen aus kaum hirsekorngrofsen lividen Papelchen bestehende Gruppen. Nirgends Kratzeffekte. Kopfhaare schütter kastanienbraun. Die oberen und unteren Extremitäten in halbgebeugter Stellung. Die Nägel der Finger bräunlich, brüchig, die von der Wurzel entfernten Partien verdickt, gegen ihr freies Ende stufenförmig."

Die mikroskopische Untersuchung, ausgeführt durch obgenannten Herrn Professor, ergab folgendes: „Die Retezellen sind derartig vermehrt, dafs sie als breite Zapfen in die Cutis hineinragen und die verbreiterten Papillen zusammendrücken. In der Papillarschicht und in der Cutis sind nicht nur um die Gefäfse, sondern auch diffus zahlreiche, kleine, den weifsen Blutkörperchen ähnliche Zellen angehäuft. Die erectores pilorum sind beträchtlich verdickt. Die Wurzelscheide bei der trichterförmigen Öffnung nur mäfsig verdickt;" etc.

Im Jahre 1883 veröffentlichte POOR den 3. Fall von „Lichen ruber exsudativus", welchen er überhaupt während 25 Jahren gesehen hat. Diesen Fall habe ich selbst im Verlaufe mehrerer Wochen 2 mal auf seiner Abteilung gesehen und so kann ich ihn weder nach eigner Beobachtung noch nach der Beschreibung für etwas Andres als für eine Psoriasis universalis im schlimmsten Sinne des Wortes halten. Es war dies der seltene Ausgang einer seit Jahren bestehenden Psoriasis, wo die ganze Haut diffus rot, infiltriert, stark schuppend ist, wo alle Bewegungslinien der Haut vergröfsert, verbreitert sind, die unteren Lider

ektropisch, die Extremitäten in halbgebeugter Stellung, die Unterschenkel und Füfse ödematös angelaufen und die Nägel hochgradig degeneriert sind; also eine allgemeine Dermatitis exfoliativa consecutiva.

Aus der Anamnese sprechen die 15jährige Dauer, der Anfang an den Ellenbogen und Knieen und der Umstand, dafs unter 8 Geschwistern 5 hautkrank waren und der Vater ebenfalls an einer chronischen Hautkrankheit litt (von den 5 Geschwistern präsentierte sich ein Bruder mit Psoriasis inveterata), mehr für Psoriasis als für irgend welche andre Dermatose. Ich habe während meines 2 maligen Besuches auf der Abteilung kein einziges Knötchen entdecken können und deshalb habe ich auch die Diagnose eines Lichen ruber in diesem Falle mit gutem Gewissen nicht acceptieren können.

Das Sektionsprotokoll (die Kranke starb an Tuberculosis pulmonum) aber beschreibt einzelne linsengrofse, ja eine mehrere handtellergrofse Plaque. Die kleineren sind mit im Zentrum verdickten Schuppenmassen bedeckt. Letztere Thatsachen zeigen evident den Ursprung der Krankheit.

Poor erwähnt den Lichen ruber planus Wilson mit keinem Worte.

Schwimmer (*Börkórtan.* 1873. II. Tl. [*Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1873]) beschreibt den Lichen ruber folgendermafsen: Die Primäreffloreszenzen sind hirse- bis hanfkorngrofse, im Anfange schuppenlose, später mit kleinen weifsen Schüppchen bedeckte, anfangs zerstreut stehende, nach kürzerer Dauer dichter aneinandergereihte, dunkelrote Knötchen etc. Diese Krankheit ist nicht unbedingt tödlich. Schwimmer beobachtete bis dorthin nur 3 Fälle in Ungarn, von denen aber er nur einen bis zu Ende der Krankheit behandeln konnte. Dieser Fall war kurz gefafst wie folgt:

M. A., 18 Jahre, von Geburt Schweizer, seit 6 Jahren Budapester Einwohner. Seit seinem 2. Jahre hautkrank mit Remissionen.

St. praes. 25. Januar 1866. Fast die ganze Hautfläche ist mit weifsen nicht zusammenhängenden papierdünnen Schüppchen bedeckt; die von Schuppen nicht bedeckten Partien sind durch zahlreiche hirsekorngrofse Knötchen besäet; die letzteren Partien sind schwer faltbar. Am meisten infiltriert erscheint die untere Hälfte des Rückens bis zu den Nates.

Die Haut an den Beugestellen der Extremitäten war rissig, die Bewegung der Gelenke schmerzhaft. Die Schenkelhaut ist rauh, gespannt, die Finger sind verdickt, steifer als gewöhnlich, schuppenlos, von holziger Oberfläche, ebenso die Haut der Streckseiten der Hand und Ellenbogengelenke. Die Nägel von normalem Aussehen, nur an den Wurzeln verdickt. Die Nägel der Zehen 3—4 mal verdickt, gelblich, nicht durchscheinend, brüchig. Die Fufssohlen sind infiltriert; die Eichelhaut verdickt, zwischen den Schamhaaren Schuppen. Die Gesichtshaut ist rauh, namentlich an der Stirne, Nase, an den Lippen sind sowie auch zwischen den Haaren Schuppen. Knötchen waren im Gesichte nicht vorhanden, aber die Haarfollikel angeschwollen.

Der Pat. war stark gebaut. Die eben beschriebenen Veränderungen seiner Haut bestehen schon seit 3 Monaten. Der Kranke klagt über mäfsiges Juckgefühl und über Trockenheit der Haut.

Die Behandlung bestand gröfstenteils aus Teerbädern, von welchen Pat. während 8 Monaten 180 nahm. Diese äufserliche Kur wurde durch 4 Drachmen Sol. arsen. Fowleri unterstützt und endete mit Heilung des Patienten. Nach der Heilung verspürte Pat., der früher nie schwitzte, nach einer gröfseren Fufspartie vermehrte Schweifsabsonderung.

Nach SCHWIMMERS damaligen Erfahrungen soll Lichen ruber in Ungarn wie 1 : 800 Hautkranke vorkommen.

Diese Krankheit ist eine Trophoneurose und, wenn bei Zeiten behandelt, kurabel. SCHWIMMER erwähnt auch den Lichen planus WILSON, welcher sich von dem Lichen ruber HEBRA, trotzdem sie sich in vielem gleichen, dadurch unterscheiden soll, dafs WILSON eine diskrete und eine zusammenfliefsende Form annimmt.

SCHWIMMER legt grofses Gewicht auf die äufserliche Behandlung und hält Arsen für ein Hilfsmittel.

Derselbe Autor zählt in seinem Werke: *„Neuropatische Dermatonosen.* 1883“ unter den „oberflächlichen Entzündungsprozessen zum Teil trophoneurotischer Natur“ a. Lichen ruber und b. Lichen planus auf. Im Jahre 1884 am 9. November bei Vorstellung des von mir unter Fall 2 mitgeteilten Falles erklärte Prof. SCHWIMMER den Lichen ruber planus für eine Unterart des Lichen ruber. (S. *Orvosi Hetilap.* 1884.)

Durch mündliche Mitteilungen weifs ich, dafs Herr Prof. SCHWIMMER diese Auffassung auch heute aufrecht hält und Lichen ruber planus für die leichtere, Lichen ruber HEBRA für die schwerere Form bezeichnet.

Prof. Schwimmer hat bisher Lichen ruber bei Säuglingen nie gesehen, das jüngste Kind, bei welchem er Lichen ruber beobachtete, war 4—5 Jahre alt.

Herr Prof. Geber hatte die Freundlichkeit mir einiges über Lichen ruber von seinen im siebenbürgischen Teile Ungarns gemachten Erfahrungen brieflich mitzuteilen.

Während 13 Jahren hatte er nur einen einzigen Fall von Lichen ruber acuminatus zu beobachten Gelegenheit gehabt, die übrigen, der Zahl nach 4, waren Lichen planus-Fälle.

Der Fall von Lichen ruber acuminatus betraf eine 40jährige Dame, welche trotz der sorgsamsten Behandlung ihrer Krankheit erlag. Die Planusfälle betrafen gröfsere Kinder, 3 Knaben, 1 Mädchen. Ein besonderes Interesse verleiht zweien dieser Fälle der Umstand, dafs diese 2 mit Lichen ruber behafteten Kinder Geschwister waren. Die Mundschleimhaut war nur bei dem Mädchen nicht mit affiziert.

Auf die Frage, ob Herr Prof. Geber den Lichen ruber acuminatus und den Lichen ruber planus für 2 Formen einer Krankheit, oder diese 2 Formen für 2 verschiedene von einander unabhängige Krankheitsprozesse hält, äufserte er sich nicht entschieden, gibt aber seiner Vermutung, dafs die 2 Formen nicht zusammengehörig sind, Ausdruck.

Was die Genese der Krankheit anbelangt, kann Herr Prof. Geber Köbners neueste Hypothese nach seinen bisherigen Erfahrungen nicht unterstützen. Auch den parasitären Ursprung des Lichen planus mufs er bezweifeln; er fand die von Lassar angegebenen Mikroorganismen nicht.

Von meinem geehrten Freunde und Kollegen Dr. Bókai jun. (Direktor des Armen-Kinderspitales zu Budapest) erhielt ich, über die Häufigkeit des Lichen ruber im Kinderspitale nachfragend, die Antwort, dafs dort nur einmal, u. z. w. vor 7 Jahren, eine Hautkrankheit flüchtig beobachtet wurde, welche für Lichen ruber gehalten werden konnte. Weder vor dem noch seitdem wurde unter dem jährlich 12—15000 neue Ambulante zählenden Krankenmaterial von Säuglingen und Kindern nicht eins mit einer derartigen Krankheit behaftet vorgestellt, welche die Diagnose Lichen ruber berechtigte.

Diese negativen Daten macht der Umstand wichtig, dafs Dr. Bókai jun. auch in der Dermatologie äufserst bewandert ist.

Referate.

Die elementaren Läsionen der Haut, von Prof. Leloir. (*Journ. des Conn. médic.* Mai 1887.)

Leloir setzt die Methode auseinander, nach welcher man bei der klinischen Untersuchung eines Hautkranken vorgehen mufs. Er zeigt, wie wichtig die Bestimmung der elementaren Läsion einer Eruption auf der Haut ist. Das Referat dieses im Jahre 1886 im Hospital St. Sauveur gehaltenen Vortrages wird etwas lang werden, weil einzelne Stellen sogar wörtlich citiert werden mufsten. Leloir bleibt bei folgender Klassifikation stehen:

1. Das Maal (Tache). In den gewöhnlichen Einteilungen existiert diese Gruppe nicht. Sie wird vielmehr zusammengeworfen mit Maculae. Prof. Leloir reserviert den Namen tache für bleibende Veränderungen von langer Dauer, deren Tegument gefärbt ist, während eine Macula nur eine ephemere Störung ausmacht. Die Mäler werden eingeteilt in:

A. Pigmentmäler. Sie entstehen durch allzustarke Ablagerung oder durch das Fehlen von Pigment in den tiefen Lagern der Epidermis und manchmal des Derma. Sie werden ihrerseits eingeteilt in Taches hyperchromiques (Lentigo, Chloasma, gewisse Arten von leprösen Flecken), Taches achromiques (Albinismus, gewisse Arten von leprösen Flecken), gemischte Mäler (Vitiligo, gewisse Arten von leprösen Flecken).

B. Vaskularisierte Mäler. Sie entstehen durch Dilatation der kleinen Blutgefäfse und der Hautkapillaren mit Stauung des Blutes. Ihre Farbe variiert vom Rosaroten bis zum Schwarzroten. (Naevi vasculosi, Angiekastien.)

2. Flecke (Macules). Vorübergehende Störungen in der Färbung der Haut. Diese anormale Färbung ist immer nur eine ganz ephemere, was die Flecke von den Mälern unterscheidet. Er teilt die Flecke in:

A. Flecke durch einfache Gefäfserweiterung.

B. Entzündliche Flecke mit Diapedesis.

C. Blutflecke.

3. Papeln (Papules). Knötchen auf der Oberfläche der Haut. Mehr oder weniger voluminös, nicht persistent und nie von Narben gefolgt. Die Papeln werden eingeteilt in:

A. Kongestive Papeln. Sie entstehen allein oder hauptsächlich durch Gefäfsstörungen. Sie sind durch Druck und fortgesetzte Erweichung des Gewebes zu entfernen. Hierzu gehört die Papel des polymorphen Erythems sowie die Urticariaquaddel.

B. Neoplastische Papeln. Infiltration mit embryonalen und Bindegewebszellen überwiegt die Beteiligung der Gefäfswände. Man kann sie durch Druck und Erweichung nicht entfernen. Hierzu gehört Lichen planus und das papulöse Syphilid.

Zwischen diesen beiden Unterarten von Papeln gibt es auch noch Übergänge, wie z. B. die Psoriasispapel. Wenn die Papel auf ihrer Spitze sich mit einer Blase oder einer Pustel krönt, so heifst sie Bläschenpapel etc.

4 Bläschen (Vésicule). Leloir nennt Bläschen im Gegensatz zu Blasen Erhebungen der Epidermis durch Erguſs von seröser, opaker oder sanguinolenter Flüssigkeit. Bläschen sind immer multilokulär, wie man sich durch Anstechen mit einer Nadel überzeugen kann. Die Bläschen sind dissemeniert oder in Gruppen, meistens sitzen sie auf einem erythemathösen: Ekzem, Herpes.

5. Pusteln (Pustule). Leloir nennt Pusteln solche Erhebungen der Epidermis welche mit einer eiterigen Flüssigkeit angefüllt sind; sie sind ebenfalls multilokulär, beim Anstechen mit einer Nadel entleeren sie nicht ganz ihre Flüssigkeit. Sie endigen mit der Bildung einer Kruste. Paradigma: Pockenpustel. Der Unterschied zwischen Bläschen und Pusteln besteht hauptsächlich im Inhalt. Bei den Ekthyma-Pusteln flieſsen die den Eiter trennenden Scheidewände viel eher zusammen, als bei den Pusteln der Variola. Man kann die Pusteln nach ihrem Sitze einteilen in:

A. Nicht ulceröse. Diese sind die gewöhnlichsten und nicht von Narben gefolgt: Impetigo, Variolois, oberflächliche Ekthyma.

B. Ulceröse Pusteln. Auch die Cutis ist von dem nekrobiotischen Prozeſs ergriffen; sie sind immer von Narben gefolgt, wie in der Variola und in dem ulcerösen Ekthyma.

6. Blasen oder Phlyktänen. Der Inhalt ist verschieden, beim Anstich entleert er sich gleich ganz. Es handelt sich also um eine unilokuläre Kavität; enthält eine Blase Eiter, so setzen sich die schweren Bestandteile zu Boden und eine seröse Flüssigkeit nimmt den oberen Teil der Blase ein. Blasen entwickeln sich bald auf geröteter Basis, bald plötzlich auf normal gefärbter Haut (Pemphigus). Die Blase endigt mit Ulceration oder Abschuppung.

7. Knoten (Tubercules). Leloir bezeichnet mit Knoten eine in der Haut sitzende entzündliche Neubildung, welche einen pathogenen Mikroorganismus enthält. Diese neue Definition des Tuberkels läſst ihn einerseits von der Papel unterscheiden, anderseits von den Tumoren der Haut.

Die Tuberkel haben eine groſse Neigung zur Vervielfältigung. Wenn an einem Punkte der Haut ein Tuberkel erscheint, so kann man gewiſs sein, daſs ohne Eingriff in der Nähe Tuberkeln sich etablieren werden. Diese Tendenz zur Verbreitung ist auch schon ausgedrückt in dem Satze Leloirs: „welcher einen Mikroorganismus enthält.“

8. Gumma. Eine im Unterhautgewebe sitzende Neubildung von entzündlicher Natur, die sich nicht spontan zurückbildet. Sie neigt zur teil-

weisen oder totalen Zerstörung der Gewebe, in denen sie sich etabliert hat; sie endet mit Bildung von Narben durch Ulceration oder durch interstitielle Resorption. Sie enthält einen pathogenen Mikroorganismus. Diese Definition läfst das Gumma unterscheiden von den Knoten des Erythema nodosum und rheumatischen Verdickungen einerseits, von den Tumoren anderseits.

9. Tumoren. Mit Cornil und Ranvier definiert Leloir den Hauttumor als eine aus neugebildetem Gewebe bestehende Masse, welche die Neigung hat sich zu vergröfsern. Ein zweiter Vortrag Leloirs wird die sekundären Veränderungen der Haut behandeln.

Lille. A. Tavernier.

Über das Erysipel während der Schwangerschaft und seinen Einfluſs auf die Frucht, von Dr. Pierre Duchein. (*Thèse de Bordeaux.* 1886.)

Man hat bisher nur wenige Beobachtungen von intrauteriner Übertragung des Erysipels veröffentlicht. Die Ursache davon liegt in der bis in die jüngste Zeit gültigen Ansicht, daſs die Placenta eine unübersteigliche Barrière für Bakterien etc. abgebe. Aber daſs dieser Weg möglich sei, wurde durch die Experimente des Dr. Chamberlain in seiner Inauguraldissertation unwiderleglich dargethan. Sabourin hat im Jahre 1883 bewiesen, daſs körperliche Elemente die Placenta passieren können, um eine Krankheit der Mutter auf den Fötus zu übertragen, und daſs sie sich dort sogar in einer solchen Menge anfinden können, welche genügend ist, das Kind zu infizieren. Kubassoff hat der Akademie der Wissenschaften mitgeteilt, daſs in 17 Fällen von Milzbrand die Milzbrandbacillen nicht nur im Fötus, sondern in den vom Fötus abgesonderten Flüssigkeiten gefunden wurden. Cornil hat später nachgewiesen, daſs die Mikroorganismen des Erysipels sich für kurze Zeit im Kreislauf bewegen können. Die Arbeiten deutscher Forscher, besonders diejenigen von Fehleisen, haben das Vorkommen des Streptokokkus in den Produkten der fötalen Hautsekretion oder in den Placentargefäfsen konstatiert. Nach diesen geschichtlichen Forschungen zieht der Verf. zwei Schlüsse, welche uns vom Standpunkt der Dermatologie aus interessieren: daſs nämlich die intrauterine Infektion des Fötus durch die Mutter beim Erysipel durchaus nicht selten ist, daſs jedoch, um bei der Geburt einen Beweis dafür zu erbringen, die Krankheit der Mutter nur wenige Tage gewährt haben darf.

Lille. A. Tavernier.

Über Vitiligo nervösen Ursprungs, von Dr. Omer Lebrun. (*Thèse de Lille.* 1886.)

Seit den im Jahre 1879 veröffentlichten Untersuchungen des Prof. Leloir wird allgemein angenommen, daſs die meisten, vielleicht sogar alle

Fälle von Vitiligo nur sekundäre Hautaffektionen darstellen nach primären Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die von Leloir eruierten klinischen und pathologisch-anatomischen Thatsachen wurden durch eine ganze Reihe von Histologen und Dermatologen nachgeprüft. Omer Lebrun liefert in seiner in der dermatologischen Klinik des Prof. Leloir verfertigten These neue klinische Thatsachen zur Stütze der Ansicht seines Lehrers. Er berichtet den Fall eines an Meningitis tuberculosa leidenden 3jährigen Mädchens, bei welcher im Verlauf der Meningitis absolut symmetrische Vitiligoflecke auf beiden Backen auftraten. Bei einem an Tabes leidenden Kranken sah man plötzlich ganz im Anfang zugleich mit den lanzinierenden Schmerzen Vitiligoflecke auftreten, welche in diesem Falle fast ein Prodromalsymptom der Ataxie bildeten.

Er berichtet alsdann von Vitiligofällen, welche bei Tuberkulösen, Alkoholikern etc. aufgetreten sind, Personen, bei denen Gombault und Moele (für die Alkoholiker), Oppenheim und Heimerling (für die Tuberkulösen etc.) periphere Nervenerkrankungen beschrieben haben analog denen, die Leloir und andre Autoren im Niveau der Vitiligoflecke fanden, welche von Westphal, Déjérine und Leloir, Pitres und Vaillard bei Ataktischen konstatiert sind.

Anderseits jedoch gibt es, wie Leloir schon 1881 sagte, Vitiligoflecke und andre Hautaffektionen trophoneurotischen Ursprungs, welche als einziges Symptom einer Erkrankung des Nervensystems wichtig sind. Omer Lebrun betont mehrmals die daraus hervorgehende prognostische und differentielle diagnostische Bedeutung der Vitiligo.

Lille. A. Tavernier.

Trichophyton tonsurans, von M. Duclaux. Mitteilung an die Gesellschaft für Biologie. Januar 1886.

Unter den zahlreichen bakteriologischen Arbeiten, welche in der letzten Zeit in Deutschland erschienen, befindet sich eine von Grawitz, in welcher derselbe glaubt, das Oïdium lactis mit dem Pilz des Herpes tonsurans, des Favus, der Pityriasis versicolor indentifizieren zu können. Derselbe Autor fand sogar Ähnlichkeiten mit Mykoderma vini. Um diese Resultate zu kontrollieren, benutzte Duclaux eine gute Kultur in Kalbfleischbouillon aus dem Inhalt der Pusteln, welche man oft um den herpetischen Fleck trifft. Diese mehrmals wiederholte ergab stets Trichophyton-Reinkulturen. Die Kultur des letzteren in Milch gab ihm niemals die Formen des Oïdium lactis. Ebenso erging es mit Mikrosporon furfur und Mykoderma vini. Der Pilz des Favus und derjenige des Herpes differieren auch in ihrer Kultur. In einer neuen Arbeit sagt Grawitz, er hätte sich geirrt beim Vergleich des Trichophyton tonsurans mit Achorion Schönleinii und Oïdium albicans. In diesen neuen Beschreibungen berücksichtigt er weder das Oïdium lactis noch Mikrosporon furfur noch Mykoderma vini.

Aber die weiter oben verkündeten Resulte, deren eines ganz in Übereinstimmung mit den neuen Resultaten von Grawitz ist, beweisen, daſs nichts von seinen ersten Behauptungen übrig bleibt, und daſs seine Arten als differente betrachtet werden müssen.

Was den Irrtum von Grawitz erklärt, ist die Verschiedenheit der Formen und Fruktifikationsarten, welche man beim Trichophyton konstatiert, sei es durch Wechseln des Mediums, sei es in einer und derselben Kultur, wenn sie rein gehalten war, und ferner die stets sehr langsame Entwickelung des Pilzes. In der Milch bildet z. B. der Trichophyton so zahlreiche Mycelketten, daſs ein dichtes Gewebe entsteht, welches die Flüssigkeit absorbiert, wenn die Schicht nicht zu dick ist. Alsdann erscheinen die Fruktifikationsorgane in glänzenden gefransten Lagern. Schlieſslich wenn die luftbeständigen Sporen in groſser Menge in Gestalt mikroskopisch kleiner Weintrauben erscheinen, wird die Oberfläche wie mit Mehl bestäubt und gibt die Sporen dem geringsten Lufthauch preis. In diesem Augenblick zeigt die Tiefe der Kultur eine schön violette Farbe. Die Mycelräden sind durch das Luftlager, welches wie ein dicker Teppich die flüssige Schicht der Kultur bedeckt, des Sauerstoffs beraubt. Sie werden gänzlich eingeschlossen und bilden sich zu Ketten von mehr oder weniger runden Zellen, von denen einige sich anschicken zu keimen. Das sind die Gonidien. Nur die Mycelröhren sind schlank, wenn man sie in ihrem Medium läſst; und sobald die Gonidie 2—3 mal so groſs ist wie der Mycelfaden, welcher sie erzeugte, so bekommt man wieder den Anblick von zarten Fäden, welche groſse Zellen tragen, die Grawitz als Übergangsformen zu Oïdium lactis betrachtet hatte.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Appel, Altona.)

Report on Leprosy in Trinidad, by Beaven Rake. Port-of-Spain 1886.

Der vorliegende Jahresbericht (1885) über das Leprösenasyl in Mucurapo (Trinidad) besteht aus 23 Tabellen und einem erläuternden Texte, welchen wir die wichtigsten Angaben entnehmen.

Die jeweilig am 31. Dezember vorhandenen Patientenzahlen schwankten von 1877—1885 zwischen 119 und 144, die Aufnahmen (durch die freien Plätze, nicht durch die Krankenzahl bestimmt) zwischen 35 und 51, die Entlassungen zwischen 13 und 30; der Prozentsatz der Todesfälle betrug 10,59 bis 15,13 %. Von den 44 im Jahre 1885 aufgenommenen Kranken waren nur 21 aus Trinidad gebürtig, die übrigen stammten gröſstenteils (16) aus Indien. Die 13 Entlassungen fanden meist auf Wunsch der Patienten statt; nur in 3 Fällen war bedeutende Besserung vorhanden, doch wurde keine vollständige Heilung konstatiert. (Bei einem Patienten verschwanden unter Arsenikgebrauch alle Knoten, während noch Anästhesie der Extremitäten zurückblieb.) Von den Entlassenen stammten 4 aus Trinidad,

3 aus Indien, 3 aus Afrika und je einer aus Barbados, Margarita und Deutschland. Bei den 28 Verstorbenen ist 7 mal Phthisis, 7 mal eine Nierenaffektion (davon 5 mal grofse weifse Niere), 7 mal Gangrän, Pyämie oder Sepsis, 2 mal Amyloid, 2 mal Lebercirrhose angegeben; von diesen waren 19 aus Trinidad, 6 aus Indien gebürtig. Von 682 während der letzten 18 Jahre aufgenommenen Leprösen stammten 297 aus Trinidad, 261 aus Indien, 56 aus Afrika, 10 aus China, die übrigen zum gröfsten Teile aus benachbarten Regionen (Inseln oder Festland). Das Durchschnittsalter beim Beginne der Krankheit war 25$^3/_4$ Jahr (Tub. F. 21$^1/_2$, anästh. F. 30$^1/_2$, gem. F. 25$^1/_2$); die Durchschnittsdauer 8$^1/_2$ Jahr (Tub. F. 6$^1/_2$, anästh. F. 10, gem. F. 9$^3/_4$); der Prozentsatz der verschiedenen Formen: Lepra tub. 36, anaesth. 44, mixt. 20 (in Demerara nach Hillis 21—62—17, in Indien nach Carter 9,1—69,4—21,5, in Norwegen nach Danielssen 51,6—33,3—15,1). Von 669 aufgenommenen Kranken standen im Alter von 0—10 : 44, 11—20 : 132, 21—30 : 147, 31—40 : 190, 41—50 : 107, 51—60 : 40, 61—70 : 7, 71—80 : 2; von 323 Verstorbenen kamen auf die Jahre 0—10 : 3, 11—20 : 62, 21—30 : 67, 31—40 : 73, 41—50 : 69, 51—60 : 36, 61—70 : 10, 71—80 : 3.

Die Zahl der mikroskopischen Untersuchungen auf Bacillen betrug 348, diejenige der dazu verwandten Patienten 162; positive Resultate ergaben sich 90 mal bei 56 Kranken. Das Material bestand aus: Knotensaft 55, Eiter v. ulcerierten Lepromen 5, Geschwürssekret 3, Pusteleiter 2, abgeschabten Teilchen vom Larynx 6, do. von Femoraldrüsen 11. von phtisischen Lungen 3, von gewucherten Granulationen 2, vom Hoden 1, vom Nervus medianus 1; aus phthisischem Sputum 1 mal. Die negativen Resultate beziehen sich teils auf Organe oder Sekrete, in welchen der Mikroorganismus nicht oder nur selten gefunden wird, teils aber auch auf solche, wo nach allen bisherigen Angaben derselbe niemals fehlt; dadurch verlieren diese Untersuchungen viel von dem Wert, welchen sie durch ihre grofse Zahl beanspruchen könnten.

Verf. gibt ferner ein Verzeichnis von 42 Übertragungsversuchen auf verschiedene Tiere (Hund, Katze, Maus, Meerschweinchen, Fledermaus, Haushuhn und ein andrer Vogel). Es wurde teils Inokulation, teils Implantation, teils Fütterung mit erkrankten Organteilen vorgenommen; auch Vaccinelymphe und Flüssigkeit aus Vesikatoriumblasen Lepröser kam zur Verwendung; trotzdem die Beobachtungsdauer meist zwischen $^1/_2$ und 1$^1/_2$ Jahren betrug, waren doch die Resultate, was eine Vermehrung der Mikroorganismen betrifft, durchwegs negative.

Aus dem Texte heben wir noch hervor, dafs bei einigen Patienten zahlreiche Knoten extirpiert wurden. Gewöhnlich wurde die Wundfläche mit einer starken Karbolsäurelösung bestrichen und mit Tannin bestreut. Das kosmetische Resultat war meist befriedigend und es zeigte sich keine grofse Neigung zu lokalen Recidiven. Dagegen schienen Injektionen von Jodoformätherlösung keine besonderen Vorteile zu bieten.

São Paulo. Lutz.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Klinische Beiträge zur Narbenverbesserung, von Dr. O. Lassar. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 37. 1887.) Es muſs das Bestreben jedes Arztes sein, bei Forträumung bestehender Krankheitszustände im Gesicht nicht gröſsere Verunstaltung als dringend nötig an deren Stelle treten zu lassen und demnach auch einen von ihm gesetzten Defekt mit möglichster Narbenlosigkeit zur Verheilung zu bringen. Nun hat man im ganzen da, wo groſse Portionen der Haut in Wegfall kommen, neben der Lappentransplantation nur die Reverdinschen Überpflanzungen von Wert befunden, aber auch letztere geben in den meisten Fällen ein buntes, der Landkarte ähnliches Aussehen, so daſs sie das Gesicht sehr verunstalten. B. v. Langenbeck hat nun mit den von ihm angegebenen Jodoformschorfverbänden kosmetisch überaus günstige Erfolge erzielt, indem unter denselben die Überhäutung eine besonders glatte und massive zu sein pflegt, und es bedarf nach Auskratzung umfassender Neubildungen bei Heilung im Jodoformschorf zur Erreichung eines guten Aussehens oft kaum besonderer Nachhilfe. Wenn man bei der Bildung der Haut nur dafür Sorge trägt, daſs sich kein eigentliches Narbengewebe bildet, so wird man nie entstellende Narben erhalten. Man muſs also auch den scheinbar physiologischen Bindegewebswucherungen bei flächenförmigen Gesichtswunden zerstörend und hemmend entgegentreten. Auf diese Weise kann man den Wert absaugender und dauerhafter Trockenbedeckung nicht unwesentlich erhöhen. Den ersten Versuch einer solchen Behandlung machte L. vor etwa 8 Jahren bei einer Dame, welcher infolge eines Miſsverständnisses mit Kalilauge auf jeder Wange je eine mehr als thalergroſse, tiefe Brandwunde beigebracht war; besonders links war die Wunde bis auf die Fascie gedrungen. Um keine sehr entstellenden Narben zu erhalten, wurde die Ausfüllung der Brandwunden mit Granulationswucherungen durch immer wiederholte Zerstörungen verhindert und gleichzeitig mittels poröser Zinkpastenverbände das zu rascher Solidifikation geneigte Transsudat fortwährend abgesogen. Auf diese Weise blieb auf der rechten Wange keinerlei sichtbare Veränderung zurück, während links am Zusammenschluſs der Hauträndер eine kleine längliche Narbe von etwa 0,5 : 1,0 Durchmesser übrig blieb. Seit der Zeit wurde eine ganze Reihe von Fällen der Art behandelt, und ist die Methode folgende: Wenige Tage nach Anlegen des ersten Jodoformschorf- oder Sublimatwatteverbandes wird derselbe vorsichtig wieder abgehoben und unter Irrigation das rasch über die Fläche fortkriechende Epithelhäutchen ganz abgelöst. Geschieht dies nicht, so kerbt sich dasselbe in den Wundrand ein und verlegt senkrecht zum Hautdurchnitt den Ausläufern des letzteren geradezu den Weg in das Granulationsgebiet. Mit einem feinen Messerchen oder einem Volkmannschen Löffel en miniature werden dann die Hauträndер angefrischt, die Granulationen wegradiert, die Gerinnung in den abgeschnittenen Kapillaren

durch Berieselung mit Lapislösung befördert und nach Abspülung mit Karbol oder Sublimat das Ganze mit loser Sublimatwatte bedeckt. Meist genügt eine 1 bis höchstens 2 mal wöchentliche Wiederholung. Sollten sich trotzdem inzwischen einzelne rein bindegewebige Narbeninseln gebildet haben, so sind sie noch zart genug, um wirksam entfernt zu werden. Man hält also den natürlichen Heilungsverlauf grundsätzlich auf und kann damit die Epidermis, was Dicke und Ausdehnung betrifft, in weit ausgiebigerem Maſse als sonst zur Deckung des Defekts heranziehen. Selbstverständlich erfordert dies Verfahren längere Zeit, als zur einfach unter dem Verbande sich selbst überlassenen Wundheilung nötig; doch ist die Dauer individuell verschieden. Vorteilhaft erweisen sich diejenigen Gesichtsgegenden, in welchen viele und kräftig entwickelte Haarbalg- oder Talgdrüsen vorhanden sind. Am nächsten lag es, die Lupuskranken so zu behandeln wegen der zurückbleibenden Entstellung. Aus diesem Grunde wird der Lupusherd in Chloroformnarkose (bei unbedeutenderen Formen unter subkutaner Kokaininjektion) mit stumpfer Kurette und unter möglichst leichter Handbewegung von allen ohne Gewalt entfernbaren Wucherungen befreit. Eine Anwendung scharfer, das normale Gewebe angreifender Instrumente ist zu vermeiden, um den Defekt nicht gröſser als dringend nötig werden zu lassen und um die brauchbaren Epithelinseln zu schonen. Nach sorgfältiger Blutstillung wird mit dem Spitzbrenner des Thermokauter jedes auf Lupus verdächtige Knötchen bis auf die ganze Tiefe der Haut zerstört, alsdann der Brandschorf mit feuchter Sublimatgaze sogleich abgerieben und so wiederholt mit Brennen und Reinigen fortgefahren, bis eine makellos reine, trockene Wundfläche zu tage liegt. Diese wird dann in der geschilderten Weise nachbehandelt. Statt die Wunde unter dem Schorf in 12—14 Tagen vernarben zu lassen, wird die Granulationsbildung sorgsam überwacht und durch lange Wochen zurückgehalten, bis eine gediegene Überhäutung eingetreten ist. Jeder verdächtige Punkt muſs auch später sofort mit dem Paquelin zerstört werden. Zu dieser Behandlungskategorie stellen ferner die Kankroide ein Kontingent, wovon L. 6 Fälle seit der Zeit von Epithelialkankroid des Gesichts behandelt hat. Besonders dankbar gestalten sich diese Verhältnisse an der Nase, die sonst ja zu bedeutenden Monstrositäten führen können. Bei einem solchen Patienten, bei dem kartoffel- und trüffelgroſse Tumoren von den Nasenflügeln und der Spitze des fratzenhaft vergröſserten Organs herabhingen, wurden die gröſseren Geschwülste mit der galvanokaustischen Schneideschlinge entfernt, dann mit dem Messer der Rest der Neubildung abgetragen und auf dem Knorpel nur soviel Bindegewebe zurückgelassen, als nötig, um die Grundlage einer neuen Nase zu modellieren. Die umgrenzende Haut, unterstützt durch radiäres Aufschieſsen von Epithelinseln aus den breit angelegten Talgdrüsenwandungen, rückte verhältnismäſsig rasch von allen Seiten vor, die Granulationen konnten leicht zurückgehalten werden, und nach ca. 2 Monaten hatte der Patient eine mit normaler Haut bedeckte, ganz wohlgestaltete Nase. Dieser Versuch wurde bei einer mit eigentüm-

licher, lupusartiger Infiltration der Nase gröblich entstellten Frau wiederholt. Parallel dem Knorpel, der papierdünn zu tage gelegt werden mufste, weil auch die Schleimhaut befallen war, wurde das Messer um die Nase geführt und die ganze Neubildung mit einem Zuge entfernt. Die Überhäutung gelang ohne Störung. Ebenso günstig, wegen der Solidität ist, die kontinuierende Hautüberwachsung bei der ambulatorischen Heilung von Fufsgeschwüren. Diese Methode ist ferner die einzige, welche den Lupus erythematodes überhaupt heilt, und dabei in einer Form, dafs gar keine oder nur bei spezieller Inspektion wahrnehmbare Veränderungen in der Haut sichtbar bleiben. Dies ist nur abhängig von der Mächtigkeit des lupösen Lagers. Mit der seitlichen Kante eines nahe an die Grenze des Erkaltens, jedenfalls unter Rotglühhitze abgekühlten Brenners huscht man in leicht federnden Bewegungen ohne jeden Druck parallel der kranken Fläche über dieselbe hin. So entsteht ein ganz dünner Brandschorf, nach dessen Abfallen in ca. 10 Tagen die Haut glatt und zart zu tage liegt. Es bedarf dabei keines Verbandes, sondern man pudert höchstens zur Aufsaugung etwaiger Sekretionen ein wenig mit Jodoform oder Zinktalkum ein. Ist der Lupus erythematodes verhältnismäfsig schwer und verbreitet, so sind eine Reihe von Sitzungen nötig.

Ein eigentümlicher Fall von Dermatitis, hervorgerufen durch Antipyrinbehandlung, von Dr. B. Spitz in Breslau (*Therap. Monatshefte* No. 9. 1887.) Bei einer am Ileotyphus erkrankten 20jähr. Patientin wandte Sp. am 24. April 2 g Antipyrin an, und zwar das erste Gramm nachmittags 3 Uhr bei einer Temperatur von 39,7 °, und eine Stunde darauf bei 38,8 ° das zweite Gramm. In derselben Weise wurde am nächstfolgenden Tage verfahren. Am 26. und 27. April dagegen wurde nur je ein Gramm und am 28. April kein Antipyrin, am 29. April wieder 2 g im Zwischenraum von 1 St., den 30. April endlich nur 1 g verordnet. Im ganzen wurden innerhalb 1 Woche 9 g Antipyrin genommen ohne nachteiligen Einflufs. Am 1. Mai wurde die Patientin plötzlich am ganzen Körper von einem masernartigen Auschlag bedeckt. Den darauf folgenden Tag war das Exanthem an Brust und Rücken konfluiert, so dafs das Bild jetzt eher an Scharlach erinnerte, während das Gesicht, besonders die Stirn, mehrere voneinander abgegrenzte, leichte Erhebungen zeigte, wie bei Urticaria; die Augenlider und die Lippen waren stark ödematös. Den 3. Mai stellte sich eine grofsblätterige Desquamation ein, zu deren Beschleunigung am 4. Mai ein lauwarmes (27 °) Bad von 10 Minuten Dauer verordnet wurde. In den folgenden Tagen löste sich am ganzen Körper die Epidermis in grofsen Fetzen ab und liefs eine feuchte Oberfläche zurück, auf der sich dünne Krusten bildeten. Hautstellen, die im Augenblick gesund schienen, waren eine Stunde darauf in gleicher Weise affiziert. An einzelnen Stellen sah man mehr als thalergrofse, flache Blasen mit schlaffer, oszillierender Decke und serösem Inhalt, welche bei der leichtesten Berührung platzten. Aber auch an Partien, wo solche

Blasen nicht vorhanden, genügte es, mit dem Finger die Haut leicht zu streifen, um ganze Membranen abzulösen. Die Patientin konnte nur unter heftigen Schmerzen ihre Glieder bewegen, vermochte die Augen nicht zu öffnen; dabei war das Fieber gestiegen. Unter Behandlung von Streupulver trat Trocknung der nässenden Fläche ein und die Heilung erfolgte langsam, aber ohne weitere Störung.

Zur Behandlung des Jodoformekzems, von Dr. Wiederhold (Wilhelmshöhe). (Ebenda. pag. 367.) W. erkrankte selbst im Herbst 1883 nach einer Anwendung von Jodoform bei einem Patienten an einem äufserst heftigen Ekzemausbruch, der sich über beide Hände, Gesicht und Nacken, teilweise auf die behaarte Kopfhaut hinzog. Alle bekannten Mittel wurden ohne Erfolg angewandt, wie weifse Präzipitat-, Hebrasche Salbe, Lassarsche Paste etc.; schliefslich bedeckte er nur die nässenden, juckenden Hautpartien mit reiner Verbandwatte, um sie vor der Luft etwas zu schützen, vermied auch das kalte Wasser ganz, da ihm nach der wohlthuenden Einwirkung gegen das Jucken jedesmal die frischen Ekzembläschen unter seinem Gebrauch aufzuquellen schienen. Um aber doch etwas gegen das unerträgliche Jucken zu thun, versuchte er zunächst an einzelnen Stellen das Glycerin-Crême a. d. k. k. landespr. Glycerin-Fabrik von F. A. Largs Sohn & Comp. in Liesing. Das Mittel hatte eine wunderbare Wirkung, an den damit bestrichenen Stellen trockneten die frischen Bläschen nach kurzer Zeit ein, das Nässen liefs nach und die ergriffenen Stellen überzogen sich wieder mit gesunder Haut, und unter fortgesetztem Gebrauch schwand der Ausschlag. So oft ein solches Ekzem nach Jodoformgebrauch eintrat, wurde es durch dieses Präparat sehr bald geheilt, während reines Glycerin oder Ung. Glycerini keine Wirkung hatten.

Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Prof. Dr. Kovács in Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 35. 1887.) Zur Behandlung der Strikturen gibt es heute zwei Methoden; nach der einen soll die Striktur ohne blutige Operation durch langsame Dehnung gehoben werden, die zweite Methode zieht die blutige Operation vor, und erreicht das Resultat durch Einschneiden oder Sprengen der narbigen Partie. Beide Verfahren sind rationell, und es erübrigt nur die Frage, welches weniger Recidive liefert, oder wodurch letztere länger hinausgeschoben werden. Wenn man diesen Zweck vor Augen hat, so mufs man sagen, dafs die blutige Operation der langsamen Dilatation vorzuziehen sei, namentlich in Fällen, wo die Striktur durch Narben der Urethralschleimhaut gebildet wird. Die Narbe unterliegt zwar infolge der eingeführten progressiv aufsteigenden Bougies der Erweiterung; der Erfolg ist aber nur von kurzer Dauer, weil die Narbe bald von neuem schrumpft, und das Lumen der Harnröhre verengt. Die Strikturen, die durch langsame Dilatation gehoben werden, sind die durch entzündliche Hypertrophie der periurethalen Gewebe verursachten Verengerungen. Diese Formen sind aber seltener als die der narbigen,

weshalb in den meisten Fällen die blutige Operation unvermeidlich sein wird. In bezug auf die Art der blutigen Operation gibt Verf. der gewaltsamen (brusque) Dilatation den Vorzug; er gibt aber folgendes Verfahren an: Die zur Behandlung gelangende Striktur wird, falls eine vollständige Harnverhaltung die rasche Vornahme der Operation nicht erheischt, blofs exakt, aber behutsam untersucht. Vor allem bedarf die Harnröhre der Ruhe, damit die entzündliche Infiltration gehoben, und die Harnröhre zur instrumentellen Behandlung geeignet gemacht werde. Der Kranke kommt daher ins Bett; auf das Glied und Perineum werden Priessnitzsche Umschläge appliziert. Nachdem die entzündlichen Infiltrationen geschwunden und selbst die zur Striktur gehörigen Kallositäten erweicht sind, was in 8—14 Tagen einzutreten pflegt, wird die Operation ausgeführt. Die Striktur wird von neuem untersucht und zu diesem Behufe eine biegsame Knopfsonde No. 1 in die Harnröhre eingeführt, mit derselben wird der Wandung der Harnröhre entlang tastend die Rundung der Striktur aufgesucht und letztere passiert. Nun wird auf der konkaven Krümmung der gebogenen Sonde eine dünnwandige Hohlsonde eingeführt in der Weise, dafs die Knopfsonde ein wenig zurückgezogen und sammt der auf ihr liegenden Hohlsonde wieder vorgeschoben wird, bis die verengte Partie passiert ist. Nachdem die Hohlsonde durch die Striktur gegangen und man durch Betasten der Harnröhre und die Richtung der Sonde sich darüber Gewifsheit verschafft hat, dafs diese sich wirklich in der verengten Harnröhre und in keinem falschen Wege befindet, entfernt man die früher eingeführte Knopfsonde. Dann führt man unter Leitung der Rinne der zweiten Sonde en Dilatator von Lyonel ein, den man mit Hilfe der daran angebrachten chraube öffnet. Durch diese Dilatation wird die Striktur gesprengt und es sickert zumeist Harn neben dem Instrument hervor. Nachdem sich diese Dilatation auf die ganze Harnröhre erstreckt, und am gröfsten dort, wo sie vielleicht am wenigsten nötig ist, entfernt man das halbgeschlossene Instrument und führt den Divulseur von Thompson ein, welcher gleichfalls mit Hilfe einer Schraube geöffnet wird. Nachdem das Instrument einige Minuten gelegen, wird es halbgeschlossen wieder entfernt, hierauf sofort ein Katheter No. 10—12 (engl.) eingeführt, durch welchen sich der Urin im Strahl entleert; dieser wird fixiert und 24—48 Stunden in der Blase belassen. Nach dieser Zeit kann leicht ein Katheter No. 13—14 eingeführt werden. Nach 10—12 Tagen wird der Kranke selbst zum Einführen des Katheters abgerichtet. Die Operation dauert gewöhnlich 5—15 Minuten; auf diese Weise werden viele schwere, oft für impermeabel gehaltene Strikturen in kurzer Zeit und radikal gehoben.

Die Béniqué-Sonde. Ein Beitrag zur Therapie der Harnröhrenerkrankungen, von Dr. Feibes. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 36. 1887.) Bei der Einführung von Instrumenten in die Harnröhre hat man 2 Gesichtspunkte zu beobachten: entweder man will die Blase untersuchen oder man will auf die Urethra und die diese umgebenden Gebilde einwirken. Für

den ersten Fall wird man ein Instrument ohne Rücksicht auf die Gestalt der Urethra wählen, nur muſs die Form freie Beweglichkeit des Schnabels in der Blase gestatten; diese Art werden durch die Steinsonden repräsentiert. Für die Untersuchung der Urethra hat Verf. den Durchschnitt einer gefrorenen Leiche benutzt, wobei er die Krümmung aus 2 Kreissegmenten mit einem Durchmesser von je acht Zentimeter zusammengesetzt fand. Der Mittelpunkt des ersten Segments liegt in der Mitte der Hinterfläche der Symphyse und in der Medianlinie, des 2. etwas oberhalb des Mittelpunkts des unteren Randes der Symphyse. Die Gesamtlänge der Krümmung betrug 11 cm. Diese Maſse werden aber je nach dem Alter noch verschieden sein, doch lassen sich diese Maſsverhältnisse bei der Auswahl der Instrumente verwerten. Ist diese Harnröhrenkurve maſsgebend für die Krümmung der Sonde, so ist für das Kaliber die Fossa bulbi, die Stelle, welche für die Entstehung falscher Wege bei ungeschicktem Katheterismus prädisponiert, zu berücksichtigen. Wenngleich die gewöhnlichen Silbersonden (Charière, Dittel) diesen Ansprüchen genügen, so ragt doch der Schnabel des Instruments tief in die Blase, und die Urethra wird erheblich gezerrt. Die Béniquésche Sonde schmiegt sich nicht nur dem letzten Teil der Urethralkrümmung an, sondern füllt diese von Anbeginn an aus, sie kann weiter, welche Stellung man dem Schaft auch gibt, niemals tief in die Blase hineinragen, sie führt sich ferner vortrefflich ein. Diese Bougie ist aus Zinn verfertigt und vollkommen massiv. Hierdurch erhält das Instrument ein recht bedeutendes Gewicht. Der gebogene Teil entspricht fast genau dem festen Bogen der Urethra und hat ebenfalls eine Länge von 11 cm. Die Nummerierung entspricht jetzt meist der Charrièreschen Filière. Ein weiterer Vorzug gegenüber den andern Metallsonden ist, daſs man das weiche Metall biegen kann, um die Bougie jedem Einzelfalle anzupassen. Die bis jetzt in Gebrauch gewesenen Sonden sind cylindrisch; da bei Strikturen im vorderen Teile die Einführung etwas schwierig ist, so hat Verf. das Instrument in der Weise modifiziert, daſs es schwach konisch ausläuft, wodurch es alle starren Instrumente ersetzt. Anzuwenden ist es vor allem bei den echten Neurosen der Urethra posterior; auch die Winternitzschen Kühlsonden dürften am besten in dieser Form verwandt werden. Man darf es weiterhin auch als ein wichtiges Hilfsmittel bei der Behandlung der chronischen Gonorrhöe betrachten.

Die Heilung der sogenannten Dysenteria mercurialis, von Dr. Ziemssen in Wiesbaden. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 35. 1887.) In bezug auf Braus, Artikel über „Exitus lethalis infolge miſsbräuchlich gehandhabter Schmierkur" berichtet Z., daſs er nicht 4—5—6 g Ung. Hydr. cin. einreiben läſst, sondern 8—10 g eines Ung. Hydr. fort. (ein Teil Hydr. à ein Teil Fett), ohne in den letzten 11 Jahren schwere Fälle von Dysenterie beobachtet zu haben. „Abgesehen nun von den äuſseren Verhältnissen und der verschiedenen Therme", sagt Z. „welche, fast 3 mal so viel Kochsalz als die Aachener und keinen Schwefel enthaltend, günstiger für die Toleranz de;

Quecksilbers im Darme wirken mag, lege ich das Hauptgewicht bei der Verhütung und eventuell Heilung der sogenannten Dysenteria mercurialis auf die ausgiebige Anwendung des Oleum Ricini und auf die absolute Vermeidung des von Herrn Dr. Braus angewandten Opiums resp. Morphiums. Solche Kranke dürfen nach meinen Erfahrungen unter keinen Umständen Opiumpräparate, sondern einzig und allein Oleum Ricini nehmen."

Zur Frage der chronischen Vergiftung durch Syphilis, von Prof. Dr. Rumpf in Bonn. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 36. 1887.) Verf. ist der Ansicht, dafs fast alle, wenn nicht sämtliche luetische Erkrankungen des Nervensystems durch eine wirkliche Lokalisation des Virus im Nervensystem oder deren Folgen, und nicht durch Toxinen bedingt sind, und hält es aus diesen Gründen für verfehlt, wenn Althaus analog dem Coma diabeticum von einem Coma syphiliticum spricht. Bei dem letzteren handelt es sich um schwere pathologisch-anatomische Prozesse und nicht um mikroparasitäre Toxine, wie man diese vielleicht gegenüber den Stoffwechsel-Toxinen nennen könnte.

Die oszillierende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis, von Dr. H. Oppenheim. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 36. 1887.) Ein 35jähriger Patient, der am 25. Mai d. J. in die Nervenklinik der Charité aufgenommen wurde, klagte über heftigen Kopfschmerz, welcher schon seit Februar bestand und periodisch exacerbierte, sich zeitweise mit Erbrechen verband, über vorübergehend auftretendes Doppelsehen, Abnahme der Sehkraft besonders auf dem linken Auge, sowie über starkes Durstgefühl. Im Jahre 1873 hatte er ein Ulcus acquiriert, welches 3 Monate zu seiner Heilung gebrauchte, zu einer allgemeinen Drüsenschwellung führte, ohne dafs anderweitige Folgezustände sich entwickelten. In dem Verdachte, dafs es sich um eine gummöse Neubildung an der Hirnbasis handeln möge, wurde O. besonders bestärkt durch das Ergebnis der Sehprüfung. Während nämlich der Augenhintergrund ein normales Verhalten zeigte, wies die perimetrische Prüfung einen beiderseitigen Gesichtsfelddefekt dar, der sich ungezwungen als eine unvollständige bitemporale Hemianopsie auffassen liefs. Diese Sehstörung und ein ausgeprägter Diabetes insipidus bildeten die einzigen objektiven Krankheitszeichen. Der Patient erhielt Jodkali (circa 3 g pro die) mit dem Erfolge, dafs die Sehstörung nach 5—6 Tagen fast vollständig geschwunden war. Der Kopfschmerz liefs nach, die Symptome der Polydipsie und Polyurie verringerten sich von Tag zu Tag, und der Kranke konnte nach 14 Tagen geheilt entlassen werden. Gesichtsfeld normal. O. hatte die Diagnose aus mehreren andern Fällen, die zur Sektion kamen und dieselben Symptome darboten, und bei denen man eine gummöse, von den basalen Meningen ausgehende Neubildung fand, welche das Chiasma nervorum opt. umklammert hielt, gestellt, und hält sich berechtigt, ein wertvolles diagnostisches Kriterium für die so lokalisierte Lues cerebri in der Hemianopsia bitemporalis fugax zu sehen.

Berlin. L. Hoffmann.

Rufsland.

Dr. A. Sokolowski. **Zwei Fälle von syphilitischer Verengerung der Trachea.** (*Gazeta Lekarska.* No. 35 u. 36. 1887. Polnisch.) Bemerkenswert in beiden Fällen ist das zufällige Zusammentreffen mit Paralysis mm. crico-aryth. post.

1. 19jähriger Bauer. Vor 3 Jahren starkes Husten, dann immer zunehmende Atemnot. Seit 3 Monaten starke Dyspnoëanfälle. Die Stimme rein. Wiederholte laryngoskopische Untersuchung ergab eine Lähmung der mm. crico-aryth. post. (sehr geringe Exkursionen beider Stimmbänder bei tiefer Inspiration). Sonst ist das Larynxinnere völlig intakt. Nach Tracheotomie bedeutende Erleichterung; nach 2 Wochen ein tödlicher Dyspnoëanfall.

Autopsie (in Kürze): Kehlkopf normal. Die Wände der Trachea um das dreifache verdickt und stark mit den umgebenden Teilen verlötet. Innere Oberfläche der Trachea uneben, höckerig, des Epitheliums beraubt, stellenweise mit sternförmigen Narben bedeckt. Hier und da reicht die Ulceration tiefer, oft bis an die glatten Muskelbündel. Die ganze Trachea, die obere Hälfte des rechten Bronchus, und der ganze linke Bronchus ist in dieser Weise verändert. Die Verengerung der Trachea ist nicht hochgradig (um $^1/_3$). Mikroskopisch: Teils diffuse, teils herdförmige kleinzellige Infiltration; keine Riesenzellen, keine Tuberkelbacillen. Tief in beiden Bronchien eine 2 cm lange Ansammlung eines zähen Schleims, welche die Lichtung fast vollständig verstopft.

Bronchiale Lymphdrüsen stark vergröfsert und hart. Stark vergröfserte Lymphdrüsengruppen umgeben von allen Seiten beide nn. recurrentes. (Paralysis mm. crico-aryth. post. durch Kompression des n. recurrens bedingt.)

2. Der zweite Fall ist fast identisch. Vor 20 Jahren Syphilisinfektion. Tiefe syphilitische Geschwüre an mehreren Hautstellen, Periostoses tibiarum, Paralysis mm. crico-aryth. post.; hartnäckiges Husten mit immer zunehmender Atemnot (auch nach Tracheotomie). Keine Tuberkelbacillen im Sputum. Tödliche Bronchorraghie. Autopsie unmöglich.

Warschau. Funk.

Verschiedenes.

Welche Garantien bieten die Staaten, dafs die praktischen Ärzte in der Kenntnis und Behandlung der syphilitischen Krankheiten vollkommen versiert sind? von Prof. Ed. Lang in Innsbruck. Der lebhafte internationale Verkehr erklärt es, dafs sehr viele Einrichtungen, die das Resultat wissenschaftlicher Forschung und praktischer Erfahrung sind, eine gewisse Gleichmäfsigkeit selbst in voneinander entfernten Staaten aufweisen. Nur solche Institutionen, deren Entstehung weit zurückreicht,

tragen oft den Stempel ihres Ursprungs an der Stirne und passen sich mehr oder weniger schwer den modernen Ansprüchen an. Wer will leugnen, dafs den Universitäten manches anhaftet, was als antiquiert (und leider noch nicht als überwunden!) angesehen werden mufs? Insofern nun das Studium der Medizin an den Universitäten betrieben wird, die Anforderungen des Lebens hingegen sehr bestimmte Qualifikationen vom praktischen Arzte verlangen, verraten auch die Prüfungen, welche der Universitas literarum einerseits und den Bedürfnissen der staatlichen Gesellschaft anderseits Rechnung tragen sollen, manche nicht in Abrede zu stellende Mängel.

An dieser Stelle soll alles Andre aufser acht gelassen und nur kurz erwähnt werden, welches Vorgehen verschiedene Staaten beobachten, um sich davon zu überzeugen, ob die Kandidaten der Medizin über die Kenntnis und Behandlung der syphilitischen Krankheiten ausreichend unterrichtet worden seien. Und wie wichtig ist es, dafs die zur ärztlichen Praxis berechtigten Sanitätspersonen vollkommene Vertrautheit auf diesem Gebiete nachweisen! Schon die Prophylaxis erheischt dringende Erfüllung dieses Postulates.

Wohl scheint es bei der Syphilis leichter möglich als bei andern Krankheiten, vor einer Infektion bewahrt zu werden, weil es sich hier um ein fixes Kontagium handelt, das der Kranke auf seinen Nebenmenschen direkt oder durch Vermittelung überträgt. Die Gefahren der Ansteckung werden aber bei der Syphilis dadurch erhöht, dafs sehr oft die erkrankten Individuen keine sachgemäfse Behandlung erfahren oder die Patienten von nicht genügend ausgebildeten Ärzten zu einer Zeit als genesen hingestellt werden, in welcher noch, wenn auch ganz unbedeutende, pathologische Läsionen vorhanden sind, die der Eingeweihte als infektionsgefährlich bezeichnen mufs. Solche Vorkommnisse sind leider alltägliche und nur dann zu vermeiden, wenn die Mediziner in Pathologie und Therapie der Syphilis gründlich eingeweiht sind.

In der Beziehung besitzen nur einzelne Staaten ausreichende Vorschriften, die dem gerügten Mangel abhelfen.

Obenan steht das junge Italien. Daselbst schreibt das Gesetz nicht allein das Studium der Dermatosyphilopathie vor, sondern verlangt auch eine strenge Prüfung aus diesem Fache, welche vor einer eignen Kommission abzulegen ist; bei dieser Kommission führt der Fachprofessor den Vorsitz.

In Rufsland werden alle Studierenden der Medizin verpflichtet, die Kliniken für Syphilis und Dermatologie durch zwei — in der medizinischen Akademie zu Petersburg durch vier — Semester zu frequentieren und eine theoretische und praktische Prüfung aus Syphilis und Dermatologie abzulegen, wenn sie die Berechtigung zur ärztlichen Praxis oder das Doktorat der Medizin anstreben.

Nach dänischem Gesetze sind Mediziner erst dann zu den Prüfungen zuzulassen, wenn sie nachweisen, die Klinik für Syphilis und Dermatologie

durch wenigstens ein Semester frequentiert zu haben; die betreffenden Prüfungen sind strenge, und ist ein schlechter Kalkül durch einen guten aus andern Fächern nicht wettzumachen.

Der belgische Staat verlangt zwar nicht ausdrücklich den Besuch der syphilitisch-dermatologischen Klinik, indessen wird in Lüttich und Gent der Kandidat beim letzten Rigorosum (dem sogenannten 3. examen du doctorat en méd., chir. et accouch.) auch einer praktischen Prüfung über Syphilis und Dermatologie unterzogen.

Unglaublich, aber wahr! Die sonst vorgeschrittensten Staaten unsers zivilisiertesten Weltteiles haben es bisher unterlassen, ihren Bürgern solche Ärzte zu geben, die den Beweis erbracht haben, dafs sie auch vollkommene Kenntnis der Syphilis besitzen. In Österreich hängt es nur von einem Zufalle ab — nämlich wenn einer der jährlich zu ernennenden zwei Koexaminatoren Syphilidologe ist —, ob dem Prüfungskandidaten regelmäfsig auch Fragen aus dem Gebiete der Syphilis vorgelegt werden; in Deutschland ist es hiermit nicht besser bestellt; auch in Frankreich wird über ungenügende Ausbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Venereologie bittere Klage geführt, wie wir einem eingehenden Referate A. Fourniers entnehmen, das er in der Académie de Médecine im Namen einer von dieser gelehrten Korporation eingesetzten Kommission vorgetragen hat.

Wir müssen uns über die mangelhaften Einrichtungen in den grofsen Staaten Mitteleuropas um so mehr wundern, als an keiner ihrer medizinischen Schulen die Gelegenheit zur Ausbildung in diesem Fache fehlt, und als es, da diese wichtigste Bedingung bereits erfüllt ist, nur eines geeigneten legislatorischen Aktes von Seite der Regierung bedarf, dahin gehend, dafs die Studierenden der Medizin zu dem Besuche der syphilitischen Klinik sowie dazu verpflichtet werden, aus diesen Fächern strenge Examina abzulegen.

Die Staaten, deren heiligste Aufgabe es ist, für die Gesundheit ihrer Bürger zu sorgen, müssen darauf sehen, dafs die zur Praxis Berufenen keine Unkenntnis auf diesem Gebiete verraten. Es darf nicht vorkommen, dafs Syphilitische schwere Schädigung ihrer Gesundheit und gräfsliche Entstellungen erfahren, weil der günstigste Zeitpunkt zur Heilung versäumt wurde.

Es ist aber auch von gröfster Wichtigkeit, dafs selbst harmlos erscheinende krankhafte Veränderungen als infektionstüchtig erkannt werden. Nur dann sind die Ärzte im stande, manches Unheil zu verhüten. Nur dann wird der gesunde Säugling vor Ansteckung von Seite der Amme und umgekehrt die gesunde Amme vor derselben von dem kranken Säuglinge ihr drohenden Gefahr beschützt. Nur dann werden junge Leute zur Ausheilung ihrer Krankheit angehalten und vor übereilten Heiraten gewarnt werden; nur dann sind wir sicher, dafs die ganze Kette von Unfällen, die an Vererbung der Syphilis geknüpft ist, ausbleibt; dann, aber auch nur dann,

werden in so vielen Ehen Abortus und Totgeburten, nur dann schwächliche und kränkliche Nachkommen vermieden werden!

Innsbruck, Ende August 1887. (*Wr. med. Wochenschr.* 1887. No. 37.)

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

HALLOPEAU. *Thérapeutique générale de la Syphilis.* (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hopitaux de Paris. Séance du 10 juin. 1887.)

BLOCK. *Dreitausend Fälle von Hautkrankheiten.* Breslau 1887. LINDNER.

LEWIN. *Bericht über Pharmakologie und Toxikologie.* (Berl. klin. Wochenschrift. 1887. No. 30.)

THIRY. *De la prostitution.* Brüssel 1886. MANCEAUX.

LELOIR. *Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la leucoplasie buccale.* (Archives de physiologie normale et pathologique 1887. No. 5.)

CHOMSE. *Ein Beitrag zur Casuistik der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands.* Mitau 1887. FELSKO.

BRANDT. *Zur Ätiologie des Lupus vulgaris.* Inauguraldisserdation. Jena 1887.

RENAUT. *Sur la formation cloisonnante du cartilage hyalin foetale.* Paris 1887.

— *Sur la bande articulaire, la formation cloisonnante et la substance chondrochromatique des cartilages diarthrodiaux.* Paris 1887.

— *Épithelial (tissu).* (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.)

DUHRING. *Two cases of Typical Dermatitis herpetiformis.* (New York Medical Journal. 9. April 1887.)

— *Case of Dermatitis herpetiformis of the pustular variety.* (Medical News. 5. März. 1887.)

— *Case of Dermatitis herpetiformis resembling Erythema multiforme.* (Medical Record. 2. April 1887.)

PROCHOWNICK. *Messungen an Südseeskeletten mit besonderer Berücksichtigung des Beckens.* (Jahrbuch der wissenschaftlichen Anstalten zu Hamburg. IV.)

— *Beiträge zur Antropologie des Beckens.* (Archiv für Antropologie. XVII. Bd. 1. u. 2. Heft.)

BEAVEN RAKE. *Report on the Trinidad Leper Asylum for the year 1886.* Port of Spain 1887.

HEITZMANN. *The abortive Treatment of Furuncles.* (The Medical Record. 1887. August 6.)

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 22. 15. November 1887.

Über Favus.

Von

H. Quincke

in Kiel.

Die Erkenntnis, dafs der Favus des Menschen durch verschiedene Pilze hervorgerufen werden könne[1], mufste mir Veranlassung geben jeden neuen vorkommenden Fall auf die Natur des betreffenden Pilzes zu untersuchen.

1. Am 28. April d. J. kam Lisbeth J., 8 Jahre alt, Gutsbesitzerstochter aus der Umgegend von Kiel, zu mir mit 2 Favuseruptionen an der Vorderseite des linken Oberschenkels und an der rechten Glutäalgegend. Die erstgenannte Stelle zeigte auf einem 15—20 mm grofsen längsovalen Raum zahlreiche schwefelgelbe Favusschildchen, welche einander berührend eine ziemlich kontinuierliche Platte bildeten. Diese war von einem 8—10 mm breiten ringförmigen Hof umgeben, der auf gerötetem Grunde bläschenförmige Auflockerung und Abschilferung der Epidermis zeigte. Die einzelnen Favusschildchen hatten 1—3 mm Durchmesser und zeigten wie gewöhnlich eine konkave, zentral tief eingezogene Oberfläche und eine konvexe der Schleimschicht aufsitzende Unterfläche. Entstanden war diese Stelle seit 4 Wochen aus einem stecknadelkopfgrofsen roten Fleck, in dessen Mitte ein gelber allmählich sich vergröfsender „Punkt" auftrat. Solcher Stellen waren in der Umgebung mehrere entstanden, die dann allmählich konfluierten. Die erkrankte Hautstelle juckte. Ganz ähnlich, aber nur von 10—12 mm Durchmesser, war die zweite, von der Patientin erst vor wenigen Tagen bemerkte Favuseruption in der rechten Glutäalgegend. Haare waren an den erkrankten Hautstellen nicht vorhanden; die gesamte übrige Haut, namentlich der behaarte Kopf, vollkommen frei.

[1] *Archiv f. exp. Pathologie.* Band 22. pag. 62. 1886.

Auf mechanische Entfernung der Favusborken, Jodpinselung und Anwendung von Salicylpflastermull heilten die erkrankten Hautstellen binnen 10—12 Tagen, ohne dafs hier oder sonstwo Recidive auftraten.

Mikroskopisch boten die Favusborken das bekannte Aussehen. Kulturen, welche davon angelegt wurden, ergaben nach Ausschaltung verunreinigender Kokkenkolonien sehr charakteristische Kolonien des α-Favuspilzes, welche wie die früher von mir beschriebenen auf Gelatine bei Zimmertemperatur schnell wuchsen, die charakteristische Verzweigung der Fäden zeigten und sowohl Makro- wie Mikrogonidien bildeten, auch in der beschriebenen Weise auf Kartoffeln wuchsen.

Die Quelle der Favuserkrankung bei diesem, guter Familie angehörigem Kinde war durchaus nicht zu eruieren, weder bei Menschen noch Tieren des betreffenden Landgutes. Da ich auf Befragen hörte, dafs das Kind mit andern öfter in den Scheunen gespielt hatte, ersuchte ich die Eltern auf die, vermutlich daselbst vorhandenen Mäuse zu fahnden und erhielt nach 4 Wochen in der That eine daselbst gefangene Favusmaus zugeschickt. (Später sind dort noch mehrere solcher Mäuse teils gefangen, teils gesehen worden.)

2. Diese Maus zeigte auf der linken Gesichtsseite bis gegen Auge und Nasenspitze hin und auf den Unterkiefer übergreifend eine vertieft liegende, weifsgelbe, trockene Favusborke von zerklüfteter Oberfläche, die den Weichteilen fest adhärierte. Aufserdem fand sich auf der Höhe des Scheitels eine halb erbsengrofse gelbe Kruste, welche von den, dieselbe durchwachsenden Haaren in die Höhe gehoben wurde.

Diese Krusten bestanden mikroskopisch neben feinkörnigen Massen aus Favuselementen; bei der Kultur zeigte sich, dafs dieselben sehr reichlich mit Mikrokokkenmassen vermengt waren, so dafs die Reinkulturen des Pilzes nur aus den Gläsern höherer Verdünnung erhalten werden konnten. Der allein darin vorhandene Fadenpilz zeigte dasselbe Verhalten wie der α-Favuspilz, nach Art und Schnelligkeit des Wachstums auf verschiedenen Nährböden; Entwickelung von Mikro- und Makrogonidien. Letztere waren auf einigen Deckglaskulturen sowohl in der Gelatine als an Luftfäden ganz besonders schön und massenhaft entwickelt.

Nach dem vorstehenden ist es kaum zweifelhaft, dafs der Favus des Kindes Lisbeth J. von Mäusen acquiriert worden

war. Das gleiche möchte ich jetzt übrigens auch von dem früher von mir beschriebenen Falle des α-Favus beim Menschen[2] vermuten, da derselbe am Halse eines Müllers vorkam, welcher häufig Getreidesäcke auf der Schulter trug.[3]

3. Ende Juni erhielt ich aus einer befreundeten Familie in Kiel zwei 10 Wochen alte Kätzchen mit Favus; die eine zeigte nur eine etwa erbsengrofse Borke an der Hinterpfote, die zweite 6—8 erbsen- bis bohnengrofse Borken am Bauch, Rumpfseite und Ohr. Die Borken waren, ähnlich denen beim Menschen, weifsgelblich, von kreidigkäsiger Beschaffenheit, mit den Haaren verfilzt, liefsen sich aber ziemlich leicht ablösen. Die darunter befindlichen Hautstellen waren blank, haarlos, aber nicht wund; auf mehrmalige Jodpinselung dieser Stellen blieb der Favus fort, mit Ausnahme einer, an der das Recidiv durch die erneute gleiche Behandlung beseitigt wurde. Mikroskopisch enthielten die Favusborken Gonidien verschiedener Gröfse, teils rund, teils länglich, teils reihenförmig, und verhältnismäfsig viele längere Fäden. Bei Kulturen zeigte sich, dafs die Borken viel weniger reich an bakteriellen Beimengungen waren, wie bei der Maus, und an Fadenpilzen auch nur einer, nämlich der α-Favuspilz zur Entwickelung kam. (Auch hier durch das Verhalten auf verschiedenen Nährböden, Fruktifikationen etc. kontrolliert.)

Bezüglich der Entstehung der Krankheit liefs sich eruieren, dafs die alte Katze (die übrigens gesund blieb) in einem alten Hühnerkorb gejungt hatte, und dafs letzterer aus einem an Mäusen reichen Hühnerstalle kam. Favuskranke Mäuse waren freilich nicht erhältlich, nach den Umständen und der Identität des Pilzes ist es aber kaum zu bezweifeln, dafs dieser Katzenfavus indirekt von Mäusen stammte.

Nach den vorliegenden Thatsachen scheint die früher schon von mir vermutete klinische Verschiedenheit der durch den α- und den γ-Pilz hervorgerufenen Favuserkrankungen mit ziemlicher Gewifsheit behauptet werden zu können, und dürften sich folgende Unterscheidungsmerkmale aufstellen lassen:

Der α-Pilz bedingt Favuserkrankung ausschliefslich (oder hauptsächlich?) auf der nicht behaarten Haut, er dringt nicht in die Haarfollikel und die Haare selbst, sondern nur zwischen die

[2] l. c. pag. 62.

[3] Vor Jahren beobachtete ich eine isolierte, etwa erbsengrofse Favusborke an dem oberen Augenlid einer wohlsituierten Gutsbesitzersfrau, die auf Befragen das reichliche Vorhandensein von Mäusen in ihrem Schlafzimmer zugab; ob dieselben erkrankt waren, habe ich leider nicht in Erfahrung bringen können.

Epidermisschichten ein. Am Eingang der Hautfollikel entspringen die α-Favusschildchen nur deshalb, weil hier die Pilzsporen leichter haften und leichter zwischen die Epidermisschichten eindringen können, in welchen sie, darin dem Herpes tonsurans-Pilz ähnlich, die Tendenz zu flächenhafter Ausbreitung haben, so dafs anfänglich und an den frisch befallenen peripheren Stellen der Haut das Bild des Herpes tonsurans, d. h. des umschriebenen Schuppenerythems, zu stande kommt; wie im oberflächlichen Wachstum, so ähnelt die α-Favuskrankheit auch in der dadurch bedingten verhältnismäfsig leichten Heilbarkeit dem Herpes tonsurans der unbehaarten Haut. Im Gegensatz dazu scheint der γ- und der ihm ähnliche β-Pilz nur zu Erkrankung behaarter Teile zu führen. Er dringt in die Haarbälge und in die Haare selbst ein, zwischen die Epidermislamellen aber nur in sehr geringer Ausdehnung, so dafs es zur Bildung herpetischer Höfe nicht kommt. Vielleicht hängen diese Unterschiede auch mit dem gröfseren Sauerstoff- und geringerem Wärmebedürfnis des α-Pilzes zusammen.

Es scheint mir notwendig die beiden ätiologisch und klinisch verschiedenen und nur äufserlich durch die Schildchenbildung ähnlichen Krankheiten auch den Namen nach zu trennen und möchte ich die durch den α-Pilz bedingte Krankheit als Favus herpeticus, die durch den γ-Pilz bedingte als Favus vulgaris bezeichnen. Als Unterscheidungsmerkmale der beiden Krankheiten würden sich vorläufig folgende aufstellen lassen:

Favus herpeticus.	Favus vulgaris.
Kommt allein (oder vorzugsweise) auf der unbehaarten Haut vor.	Kommt allein (oder vorzugsweise) auf dem behaarten Kopf vor.
Beginnt wie bei Herpes tonsurans als umschriebenes, schuppendes Ekzem, in dessen Bereich die gelben Schildchen am Eingang der Haarbälge auftreten; doch entwickeln sich auch	Die Schildchen entwickeln

Favus herpeticus.	Favus vulgaris.
intraepidermoidal unregelmäfsig gestaltete gelbe Platten.[4]	sich ausschliefslich von den Mündungen der Haarbälge aus.
Zeigt in der Umgebung des gelben Schildes einen herpetischen Hof von 1 cm oder mehr Breite.	Zeigt keinen herpetischen Hof um die schwefelgelben Schildchen.
Der Pilz dringt weder in den Haarbalg noch in den Haarschaft ein, findet sich im Bereich des herpetischen Hofes zwischen den Epidermisschuppen.	Der Pilz dringt in Haarbalg und Haarschaft ein, dringt aufserhalb des Bereiches des Schildes nur wenig zwischen die Epidermis vor.
Für die Heilung, die oft spontan erfolgen mag, genügt Ablösung der Schildchen und Erzeugung intensiverer Epidermisneubildung.	Die Heilung ist schwierig, nur unter Zuhilfenahme der Epilation möglich.
(Wahrscheinlich ist der Verlauf schneller, insofern die einzelnen Schildchen in kürzerer Zeit gröfseren Durchmesser erreichen. (3—4 mm in 8 Tagen.)	(Die einzelnen Schildchen wachsen langsamer.)
Die Ursache der Krankheit ist der α-Pilz. Abgesehen von dem verschiedenen Verhalten der Kulturen sind die Gonidien kleiner, die Fäden schmäler.[5]	Die Krankheit wird durch den γ- (und β-) Pilz erzeugt. Die Gonidien sind gröfser, die Fäden breiter.
Der Pilz kommt auf Mäusen und Katzen vor, scheint von diesen Tieren auch indirekt, z. B. durch Getreide, übertragen zu werden.	

[4] Vergl. den Impfversuch 1 l. c. pag. 67.

[5] Vergl. die Angaben und Abbildungen über die Dimensionen des α-Pilzes einer-, des β- und γ-Pilzes anderseits l. c. Schon Friedreich (*Virchows Archiv.* Bd. 13. pag. 287) und Zander (ebendaselbst Bd. 14. pag. 569) geben an, dafs die Pilzelemente des Mäusefavus kleiner seien als die des menschlichen.

Nicht ganz im Einklang mit dieser Trennung scheint das gleichzeitige Vorkommen von Favuserkrankung der behaarten und unbehaarten Haut zu stehen, wie sie auf mehreren Tafeln des HEBRAschen Atlas abgebildet ist. Indessen könnten ja auch einmal zwei verschiedene Pilzkrankheiten bei demselben Individuum vorkommen, und mufs die Kultivierung der Pilze solcher, wie es scheint doch recht seltenen Favusfälle abgewartet werden.

Während der α-Pilz beim Menschen die, als Favus herpeticus erscheinende, ganz oberflächliche Erkrankung verursacht, bedingt er in dem spontan auftretenden Favus der Maus ausgedehnte, die Weichteile betreffende Zerstörung. Bei meinen Impfversuchen auf dem Scheitel der Maus fand indessen auch ein spontanes Abheilen der gebildeten Favusborken statt, und das gleiche zeigte die oben erwähnte Maus No. 2 auf der Scheitelhöhe. Wahrscheinlich kommen für den schweren Verlauf des Favus freilebender Mäuse also äufsere Umstände, vor allem mechanische Verletzungen an Kopf und Schnauze durch Bifs u. s. w. mit ins Spiel; vielleicht auch die Zartheit der Mäusehaut und die Mitwirkung der in meinem Favusfall aufserordentlich reichlich vorhandenen Mikrokokken.

Mäusefavus ist neuerdings von NICOLAIER[6] und von BOER kultiviert worden. Der von ersterem gezüchtete Pilz scheint mit dem meinigen nicht identisch zu sein, da derselbe besonders auf saurem Nährboden gedeihen und das Mycel später eine rötliche oder rötlichbräunliche Oberfläche zeigen soll. Bei meinem α-Pilz konnte man höchstens an ganz alten, überreifen Kartoffelkulturen von einer bräunlichen Färbung sprechen, wenn das Fadenmycel zerfällt und die darunter gelegenen Sporenmassen sichtbar werden.

Ferner hat auch BÖER[7] einen Pilz aus Mäusefavus gezüchtet; nach dem makroskopischen Aussehen hält er denselben für identisch mit menschlichem Favus, doch unterläfst er es ihn mit den von GRAWITZ, NIKOLAIER und mir gezüchteten Pilzen zu vergleichen. Nach BOERS Beschreibungen und Abbildungen möchte ich, wenn sie auch nicht in allen Einzelheiten stimmen, seinen Pilz für identisch mit meinem α-Pilz halten, namentlich da er wie dieser Gonidien sowohl durch einfache Abschnürung bildet als

---

[6] Beschrieben bei FLÜGGE, *Die Mikroorganismen*. Leipzig 1886. pag. 100.

[7] *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*. 1887. II. Heft. pag. 429.

auch spindelförmige, gefächerte, von mir als Makrogonidien bezeichnete Körper zeigt, welche Sporen austreten lassen. Auch mir gelang es ja, wie oben erwähnt, diesen α-Pilz im Favus der Maus und Katze wieder zu finden.

Über Herpes tonsurans.

Von

H. Quincke

in Kiel.

Zum Vergleich mit den Favuskulturen legte ich auch solche von Herpes tonsurans an, der mir freilich nur in einem Falle auf dem Unterarm eines Knaben vorkam. In den ziemlich trockenen Schuppen der 5 Markstück grofsen erkrankten Stelle fanden sich spärliche Pilzfäden und glänzende reihenförmige Sporen. Aus Rollkulturen, welche mit diesen Schuppen angelegt wurden, liefs sich der Pilz leicht rein züchten; in vielen Punkten glich er dem α-Favuspilz, unterschied sich aber in andern bestimmt von ihm. Auf Gelatine bei Zimmertemperatur wächst der Herpespilz ziemlich leicht, jedoch langsamer als der α-Pilz, unter dicklicher Verflüssigung der Gelatine. Letztere geschieht anfangs nur in nächster Umgebung der Kolonie, so dafs diese etwas einsinkt. In 6—7 Tagen erreicht die Kolonie 2—3 mm, in einigen Wochen bis zu 10 mm Durchmesser.

An der Oberfläche erscheint die Pilzhaut weifs flaumig, ähnlich dem α-Pilz, später aber doch mehr feucht; auch hat sie vielmehr Tendenz in den Nährboden hinein zu wachsen. Auf etwas trocknerem Nährboden bekommt sie eine gelbe Unterfläche. Auf Agar in der Wärme wächst der Herpespilz schneller, die Kultur ähnelt makroskopisch sehr dem γ-Pilz, namentlich wächst sie wie bei diesem stark in den Nährboden hinein, manchmal sogar ohne Luftmycel.

Bei vergleichender Kultur von Herpes, α- und γ-Pilz auf Agar in Reagensgläsern unter ganz gleichen Verhältnissen wuchs der Herpespilz in den ersten 4—6 Tagen schneller als γ (aber langsamer als α), blieb indessen später hinter γ im Wachsen zurück; so dafs nach 3 Wochen z. B. die Herpes-

kulturen 5—6, die γ-Kulturen 15—20 mm Durchmesser hatten; auch zeigte der Luftfaden tragende Teil der Kultur eine mehr grauweifse Farbe, im Vergleich zur γ-Kultur.

Mikroskopisch zeigten sich die Fäden des Herpespilzes als selten gegliederte Fäden, an Durchmesser und Verzweigungscharakter dem α-Pilz einigermafsen ähnlich; nur sind die freien Enden nicht verjüngt, sondern einfach abgerundet; auch verlaufen sie geradliniger, so dafs bei schwacher Vergröfserung die Verzweigung etwas starres bekommt. Hier und da findet sich spärliche Gonidienbildung durch Abschnürung der Fäden. In den älteren Kulturen finden sich auch blasenförmige Auftreibungen am Ende oder in der Kontinuität der Fäden, doch nicht jene regelmäfsigen endständigen Kugeln wie bei β- und γ-Favus, so dafs es sich wohl nur um Degenerationsformen handelt.

Auf Kartoffeln wollte der Herpespilz nach wiederholten Impfungen und bei verschiedenen Temperaturen niemals gedeihen; darin ganz verschieden vom α-Pilz.

Ein Übertragungsversuch auf die Haut des Menschen, ähnlich wie mit dem α-Pilz angestellt, ergab nur am Ende der ersten Woche eine leichte perifollikuläre Rötung, die sich von selbst zurückbildete.

Nach der Beschreibung der Wachstumsverhältnisse scheint der von mir gezüchtete Herpespilz dem von Grawitz[1] beschriebenen sehr ähnlich oder identisch zu sein. Wenn ich die Kulturen hier beschrieb, so geschah es einmal, um die Ähnlichkeit sowohl wie die Unterschiede gegenüber dem α-Favuspilz hervorzuheben, zweitens aber, weil der Herpes tonsurans, abgesehen von seinem oft ganz getrennten Vorkommen auf behaarter und unbehaarter Haut, genug klinische Verschiedenheiten darbietet, um eine dementsprechende Vielheit der pathogenen Pilze vermuten zu lassen.

In dem vorliegendem Fall zeigte die erkrankte Hautstelle geringe Röte, trockene Schuppen und wenig Tendenz zur Weiterverbreitung.

---

[1] *Virchows Archiv.* Bd. 103.

Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilis des internationalen medizinischen Kongresses zu Washington, 8. September 1887

von

Dr. med. v. WATRASZEWSKI,

Oberarzt am St. Lazarushospital in Warschau.

Meine Herren!

Der von Prof. SCARENZIO[1] ausgegangene erfolgreiche Versuch, statt der Sublimatlösungen für subkutanen Einspritzungen eine Kalomelemulsion zu benutzen, mufs entschieden als ein reeller Fortschritt in der hypodermatischen Therapie der Syphilis angesehen werden. Mit einigen in wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Intervallen vollzogenen Kalomelinjektionen sind wir im stande therapeutische Effekte zu erzielen, wie dieselben nur von einer langen Serie Sublimatinjektionen zu stande gebracht werden können. Die praktische Seite der Methode liegt also auf der Hand. Gestützt auf die Ergebnisse der Forschungen in betreff der Quecksilberausscheidung bei den mit Kalomeleinspritzungen behandelten Patienten erlangen wir die Überzeugung, dafs dabei ein gleichmäfsiger und langdauernder merkurieller Einfluſs auf das in den Geweben und Säften zirkulierende Gift geschaffen wird, was wieder mit Rücksicht auf die bei der Syphilistherapie gewonnenen Erfahrungen wir bei unsern Kuren gerade zu bezwecken trachten. Über die günstigen Behandlungserfolge sind wohl alle die Herren Fachkollegen einig, die bei ihren Kranken die Kalomelinjektionen in Anwendung gebracht haben. Durch eine entsprechende Technik und zweckmäfsiges Verhalten der Patienten ist, wie wir aus den späteren Angaben verschiedener Autoren uns überzeugen können, auch die anfangs grofse Zahl konsekutiver Abscesse bedeutend reduziert worden. Trotzdem aber waren der lokale, längere Zeit andauernde, gewöhnlich

[1] Primi tentationi di cura della Sifilide. *Annali di Medicina.* Pavia 1864.

starke Schmerz, verbunden mit zuweilen umfangreichen Infiltrationen der angestochenen Gegend, sowie die recht häufig vorkommenden Störungen des Allgemeinbefindens der Kranken (Abgeschlagenheit, leichtes Fieber, Durchfall) Umstände, die sowohl die Ärzte wie die Patienten von dem genannten Behandlungsmodus nur zu oft abzuschrecken vermochten.

Nachdem nun mit dem Kalomel der erste Schritt gethan ward, lag der Gedanke nahe auch andre in Wasser unlösliche Quecksilberverbindungen, die bis dato nicht hypodermatisch angewandt wurden, einer ähnlichen Prüfung zu unterziehen, um vielleicht in deren Zahl für das Kalomel ein Substitut zu finden, das neben einer energischen spezifischen Aktion keine so unangenehmen Nebenwirkungen wie jenes besitzen würde.

Von obigen Gründen geleitet untersuchte ich in dieser Richtung folgende Quecksilberverbindungen:

Hydrarg. oxydulat. nigrum,	enthaltend	96,16 %	Quecksilber
Hydrarg. oxydat. rubr. / Hydrarg. oxydat. flavum	„	92,6 „	„
Hydrarg. sulfuratum	„	86,24 „	„
Hydrarg. praecipit. alb.	„	70,5 „	„
Hydrarg. jodat. flavum	„	61,3 „	„
Hydrarg. jodat. rubrum	„	44,1 „	„
Hydrarg. tannic. oxydulat. / Hydrarg. carbolic. oxydat.	„	50,0 „	„

Es lassen sich nun die Ergebnisse meiner Erfahrungen folgendermafsen resumieren.

1. Alle die aufgezählten Präparate können in entsprechenden Quantitäten, ohne Gefahr, in Form von Schüttelmixturen hypodermatisch angewandt werden, gelangen auf diese Weise in den Kreislauf und entfalten im Organismus die dem Quecksilber eignen Wirkungen.

2. Beim hypodermatischen Gebrauche derselben läfst sich in kurzer Zeit, spätestens nach 48 Stunden, Quecksilber im Harn nachweisen, und nach einer Serie von 3—6 Injektionen kann dasselbe noch lange Zeit nach der letzten Einspritzung (ca. 2—3 Wochen) im Urin nachgewiesen werden.

3. Es werden durch diese Präparate die Syphilismani-

festationen erfolgreich beeinflufst, und daher können alle dieselben bei der subkutanen Behandlung der Lues ihre Anwendung finden.

4. Bei gleichen hypodermatisch benutzten Quantitäten der aufgezählten Mittel steht im allgemeinen deren spezifische Wirkung auf den Organismus resp. auf die Syphilismanifestationen in direktem Verhältnisse zu deren in denselben enthaltenen Quecksilberprozenten. Die Ausnahme hiervon bilden in gewisser Beziehung die Jodverbindungen des Quecksilbers, worüber ich noch weiter ein Wort vorzubehalten mir erlaube.

5. Für den Grad und die Intensität der lokalen Reaktion lassen sich (abgesehen von der Technik, dem Verhalten der Kranken etc.) keine bestimmten Regeln aufstellen. Im allgemeinen ist die lokale Reizung bei den meisten Präparaten und gleichen Quantitäten derselben eine ziemlich gleiche, und wächst dieselbe mit dem Grade der Konzentration der injizierten Flüssigkeit. Bei andern Präparaten sehen wir dagegen in dieser Hinsicht erhebliche Unterschiede, die mit deren chemischer Zusammensetzung (vielleicht ihrer Beständigkeit) in Verbindung zu bringen wären. Letzteres gilt für das Kalomel und das Hydrargyr. amidato bichloratum, deren Anwendung in der Regel von einer viel stärkeren lokalen Reizung gefolgt wird. Mit dem Grade der lokalen wäre auch die allgemeine Reaktion auf den Organismus in Zusammenhang zu bringen, d. h. je stärker die eine, desto mehr ist das Allgemeinbefinden des Kranken beeinträchtigt, und umgekehrt. Doch habe ich in dieser Hinsicht manche Ausnahmen beobachtet.

Was nun die Abscefsbildung an den Injektionsstellen anbelangt, so haben entschieden die nach dem Kalomel entstandenen Infiltrationen die gröfste Tendenz in eiterige Schmelzung überzugehen, obwohl durch eine entsprechende Technik, vollkommen reine Präparate und das Verhalten der Kranken die Zahl der Abscesse auf ein Minimum gebracht werden kann. Ich möchte fast behaupten, dafs von der grofsen Reihe der hier aufgezählten Präparate diese unerwünschte Komplikation in erster Linie den Chlorverbindungen des Quecksilbers zukommt, da ich (immer unter Berücksichtigung der genannten Kautelen) bei den zahl-

reichen Injektionen andrer Quecksilberpräparate fast nie die Bildung eines Abscesses an der Einstichstelle zu stande kommen sah.

Auch ist sowohl bei dem Kalomel als dem Hydrarg. amidato-bichloratum in betreff der Dauer und der Entwickelung der lokalen Reaktion (Infiltration und Schmerzhaftigkeit) ein erheblicher Unterschied im Vergleiche mit den andern Quecksilberverbindungen zu verzeichnen. Während nämlich bei letzteren die lokalen Reizerscheinungen am stärksten in den ersten 24 bis 48 Stunden nach der Einspritzung sich kundgeben, entwickeln sich dieselben bei dem Kalomel und dem Hydrarg. praecipit. album allmählich und erreichen erst gegen den 4.—5. Tag ihr Maximum.

Je nach den in den verschiedenen Salzen enthaltenen Quecksilbermengen können dieselben in Quantitäten von 0,04 bis 0,15 und 0,20 pro injectione zu therapeutischen Zwecken verwendet werden, und stellen sich die von mir zur Beseitigung von Syphiliserscheinungen für eine Injektion erfolgreich benutzten Quantitäten der einzelnen Präparate folgendermafsen vor:

Quecksilberpräparat	Konzentration	Quantität[2]
Hydrarg. oxydulat. nigrum	1 : 10	0,12
Hydrarg. oxydat. rubr.	1 : 10	0,12
Hydrarg. oxydat. flavum	1 : 30	0,04—6
Hydrarg. sulfuratum	1 : 10	0,12—0,13
Hydrarg. präcipit. alb.	1 : 10	0,12—0,13
Hydrarg. jodat. flavum	1 : 10	0,12—0,13
Hydrarg. jodat. rubrum	1 : 7,50	0,18
Hydrarg. tannic. oxydulat.	1 : 7,50	0,18
Hydrarg. carbolic. oxydat.	1 : 7,50	0,18—0,19

Da nun von allen den hier aufgezählten Verbindungen die Quecksilberoxyde den gröfsten Prozentsatz an Quecksilber enthalten, so genügen zur Erzielung einer erwünschten Wirkung auf

[2] Enthalten in einer vollen Pravazschen Spritze, die 1 g destilliertes Wasser in sich birgt.

den Organismus resp. auf die Syphilis weit geringere Quantitäten derselben als aller andern Quecksilberpräparate, inklusive des Kalomels, das 84,9 % Hg enthält, d. h. weit weniger als die Oxyde. Die geringen Quantitäten des in die Gewebe eingeführten Mittels bilden nun in erster Linie den Grund, weshalb die örtliche Reaktion bei den Oxyden am geringsten ausfällt. Ein weiterer Umstand der uns diese Thatsache erklärlich macht, würde in der Einfachheit ihrer chemischen Zusammensetzung und deren leichtem Zersetzungsvermögen zu suchen sein, was bei andern Quecksilberpräparaten und speziell bei dem Kalomel nicht der Fall ist.

Die guten Erfolge, die ich bei der Behandlung der Syphilis mit den Sauerstoffverbindungen des Quecksilbers und speziell mit dem gelben Oxyde erzielt habe, dessen ich mich deshalb ausschliefslich bediene, wurden bereits im vergangenen Jahre der Öffentlichkeit übergeben.[3] Meine weiteren Beobachtungen, sowie die verschiedener Fachkollegen bestätigen dieselben in vollem Mafse: Vier bis sechs à 0,04—0,06 Hydrarg. oxydat. flavi, in wöchentlichen Intervallen gemachte Injektionen genügen in den weitaus meisten Fällen von rezenter sowohl wie tardiver Lues zur Erzielung eines erwünschten therapeutischen Effektes, ein Erfolg, der mit gleichen Mengen keines der bis jetzt zur hypodermatischen Anwendung benutzten Merkurialpräparate hervorgebracht werden kann. Beim Benutzen der andern unlöslichen Präparate ist entweder eine gröfsere Anzahl Injektionen erforderlich, wobei die praktische Seite der Kur in den Hintergrund tritt, oder es müssen mehr konzentrierte Mischungen angewandt werden, was wiederum für die lokale resp. allgemeine Reaktion nicht ohne Belang ist. Die Ausnahme hiervon bildet das rote Quecksilberjodid, das bis zu 0,15 bis 0,18 pro injectione (Formel: ℞ Hydr. jodat. rubr. 2,0, Gummi arab. 0,15, Aq. destillat. 15,10. M. D. S. ad inject.) ohne auffallende lokale noch allgemeine Reizerscheinungen hypodermatisch angewandt werden kann, und womit ich nach 3—6 Einspritzungen bei tertiären Luesformen verhältnismäfsig

[3] *Wiener medicinische Presse.* 1886. *Gazeta Lekarska.* 1887. Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomel und von Quecksilberoxyden.

rasche Besserung resp. Heilung erzielte. Ungleich schneller wurden aber in analogen Fällen dieselben Resultate erzielt nach Injektionen des Hydrarg. oxydat. flavum unter gleichzeitiger Anwendung von Kali jodat. innerlich. Es würde sich daher dieses Präparat bei Patienten eignen, die das Jod innerlich schlecht vertragen, was auch vom gelben Jodquecksilber zu bemerken wäre, nur sind nach dessen hypodermatischer Applikation der lokale Schmerz und die Infiltration um vieles beträchtlicher, und in 2 Fällen kam es sogar zur Abscefsbildung, eine Komplikation, die ich bei den andern hier erwähnten Salzen nie zu beobachten Gelegenheit hatte.

In betreff der näheren Details, der Frage über die Häufigkeit der Recidive und der denselben beigemessenen Wichtigkeit, sowie über die Injektionstechnik, sei es um Wiederholungen zu vermeiden erlaubt auf meine weiter oben angegebenen Publikationen zu verweisen, nur mufs einer möglichst geringen lokalen Reaktion halber, hinsichtlich der Injektionstechnik folgender, wichtiger Punkte Rechnung getragen werden.

1. Es mufs während der Injektion die Glutäalmuskulatur sich im Zustande einer völligen Erschlaffung befinden.

2. Es mufs die Injektionsflüssigkeit ungefähr die Körpertemperatur besitzen, d. h. es mufs dieselbe dem Kranken warm einverleibt werden. Es genügt dazu die mit dem Injektionsliquid gefüllte Spritze auf einige Sekunden über die Flamme einer gewöhnlichen oder Weingeistlampe zu bringen.

3. Es mufs nach geschehener Injektion sofort der Zeigefinger der andren Hand auf die Einstichstelle gebracht und damit ein Druck in die Tiefe aüsgeübt werden, um das Eindringen der Injektionsflüssigkeit in den Stichkanal zu verhindern. Dabei ist es zweckmäfsig durch drückend-rotierende Bewegungen der zu gleicher Zeit auf die Glutäalgegend aufgelegten ganzen Flachhand, womit die oben gelegenen Teile über die tieferen verschoben werden (ohne zu kneten oder zu massieren!), die Flüssigkeit in den Maschen der Gewebe zur möglichsten Verteilung zu bringen zu suchen.

Bei sorgsamer Berücksichtigung der hier betonten Punkte pflegen die lokale Reizung und Infiltration entschieden um vieles

geringer auszufallen; manchmal sind dieselben kaum angedeutet oder fehlen sogar vollständig.

Einen Umstand kann ich nicht unerwähnt lassen: In einigen, obwohl nicht seltenen Fällen, beobachtete ich nämlich kurz nach geschehener Injektion sowohl von solubilen als auch insolubilen Quecksilbersalzen bei den Patienten das Auftreten einer Wallung nach dem Kopfe, die sich mit Hyperämie des Gesichtes, Schwindel und einem Gefühl von Brustbeklemmung kund gab. Binnen kurzem und besonders nach Applikation kalter Kompressen auf die Stirn, schwanden die geschilderten Symptome ohne weitere Folgen. Ob nun die erwähnten Erscheinungen, die ich nie nach der ersten, sondern erst nach weiteren Injektionen und wie gesagt nur recht selten auftreten sah, in einer allgemeinen Nervosität des Patienten ihren Grund hatten oder vielleicht durch direkte Reizung der unmittelbar in den Blutkreislauf resp. in das Herz gelangten Partikel des Medikamentes in Zusammenhang zu bringen wären, diese Frage lasse ich dahingestellt. Mit Hinblick jedoch auf das Gesagte wäre es jedenfalls ratsam, bei Sanguinischen, zu Kopfwallungen geneigten oder mit Symptomen von Arteriosklerose behafteten Individuen die Behandlung mit Injektionen nur ausnahmsweise in Anwendung zu bringen.

Erwähnen will ich noch, dafs bei 12 Kranken ich statt der als Injektionsmittel benutzten Gummilösung (im Verhältnisse von 0,25 : 30,0) mich des von Frankreich aus empfohlenen Vaselinum liquidum bediente. Es besitzt jedoch dieses Vehikel keine nennenswerten Vorzüge vor dem ersteren; denn obwohl während und unmittelbar nach geschehener Injektion absolut gar keine Schmerzen von den Kranken angegeben werden, pflegen die späteren örtlichen Reizerscheinungen entschieden stärker auszufallen als nach dem Gebrauche des erwähnten Gummischleims, zu dessen Anwendung ich deswegen auch zurückgekehrt bin.

Indem ich nun die Resultate meiner Erfahrungen in betreff der subkutanen Anwendung von unlöslichen Quecksilberverbindungen bei der Luestherapie hier vorzulegen mir erlaube, thue ich es mit der Überzeugung, dafs, sobald deren Wirksamkeit,

speziell aber einiger derselben, sowie die Bequemlichkeit bei deren Anwendung in praktischer Hinsicht eine entsprechende Würdigung finden, den insolubilen Merkurialmitteln eine Stellung ersten Ranges bei der subkutanen Syphilisbehandlung gebühren dürfte. und dafs mit Hinblick auf deren Vorzüge vor den in Wasser löslichen bis dato gebräuchlichen merkuriellen Verbindungen diesen letzteren binnen kurzem das Schicksal anheim fallen wird. aus der subkutanen Luestherapie vollständig verdrängt zu werden.

Washington, den 8. September 1887.

Referate.

Über Pigmentsyphiliden im allgemeinen und im besondern über das primitive Pigmentsyphilid, beobachtet beim Weibe und beim Manne, von J. DE FISSON. (*Thèse de Lille.* 1887.)

Man hat sich früher wenig mit dieser Hautaffektion beschäftigt. Erst 1853 lieferte HARDY unter der Bezeichnung Pigmentsyphilid eine genaue Beschreibung derselben. SILLON, in seiner Abhandlung über die syphilitischen Exantheme (1857) legt diesem Pigmentausschlag eine grofse Wichtigkeit bei; er anerkennt ihren spezifischen Charakter und nennt sie Syphilis maculeuse du cou.

Später veröffentlichte dann CANTURIE in der *Gazette médicale* (1865) eine Arbeit, betitelt: „Syphilis pigmentaire à fond jaune." Er hatte Gelegenheit, Teile einer derartig erkrankten Haut mikroskopisch zu untersuchen und danach den pathologisch-anatomischen Charakter der Krankheit zu bestimmen.

In England ist das Pigmentsyphilid bislang von TAYLOR, ATKINSON, BRYSDALE, CRESWELL beobachtet worden.

KAPOSI in seinem *Handbuch der Hautkrankheiten* bestreitet entschieden die syphilitische Natur dieser Hautverfärbung, und in Deutschland hatte das Pigmentsyphilid lange Zeit dasselbe Schicksal wie in Österreich. Erst in jüngster Zeit veröffentlichte NEISSER in Breslau ein wichtige Arbeit über Leucorderma syphiliticum. Aber schon dieser Titel läfst erkennen, dafs er über die Natur unsrer Krankheit ganz andre Ansichten hat, als wie sie allgemein in Frankreich angenommen sind.

ALEX. HASLEEM (*Nordiskt medicinskt Arkiv* 1885) beschreibt eine Leucodermia syphilitica. Aber hierbei handelt es sich nicht nur um einen teilweisen Pigmentmangel, sondern auch sehr häufig um eine Pigmentvermehrung in der Umgebung der erkrankten Stelle.

Nach MAURIAC käme das Pigmentsyphilid nur bei Frauen vor. — FOUR-

NIER liefert in seinem Werk: Über die Syphilis beim Weibe, eine sehr lesenswerte Beschreibung dieser Erkrankung.

Soweit die Geschichte des Pigmentsyphilids. TISSON selber schliefst sich der Meinung von LELOIR an und stellt folgende Sätze auf:

Die in Frage stehende Verfärbung des Halses bildet ein ausgesprochenes Symptom der Syphilis; ihr Sitz, ihre scharfen Ränder lassen keinen Zweifel mehr zu.

Das primäre Pigmentsyphilid gehört zu den Sekundäraffektionen.

Die einzelnen Flecke entstehen durch Überfluſs oder Mangel an Farbstoff.

Nach ihrer Pathogenese und Ätiologie könnte man sie „Vitiligo syphilit." nennen, von, vielleicht, nervösem Ursprung. (LELOIR.)

Ihre lange Dauer und die Erfolglosigkeit jeder Behandlung unterstützten die Diagnose namentlich dann, wenn keine weiteren syphilitischen Symptome vorhanden sind.

Das sekundäre Pigmentsyphilid zeigt eine Färbung, welche häufig in direkter Beziehung zu der Schwere der Ansteckung steht. (LELOIR.)

Lille. A. TAVERNIER.

Beitrag zum Studium des elephantiastischen Lupus, von A. COEULES. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Der elephantiastische Lupus ist sehr selten. Die Umstände, die bei einem Lupus Elephantiasis hervorrufen können, sind dieselben, wie bei jeder sekundären Elephantiasis; es sind die Blutstauungen, die Lymphangitiden, die Ödeme, wie sie im Verlauf des Lupus auftreten; ferner alle Ursachen, welche eine bestehende Kongestion um die erkrankte Stelle noch vermehren und so die Zirkulation behindern, wie Schwangerschaft, Herzfehler, aufrechtes Stehen, Krampfadern. Aber meistens genügen alle diese Ursachen nicht, um eine echte Elephantiasis zu erzeugen.

Der Lupus elephant. befällt gewöhnlich die Extremitäten und kann alle Formen der Elephantiasis annehmen. Aufserdem kommen auch ausgedehnte, flache oder retrahierte, trichterförmige Narben vor, die fest an den verdickten Knochen anhaften; ferner häufig himbeerartige Erhabenheiten, die einen grofsen Teil der Fufsknochen bedecken und auch an dem Schenkel aufsteigen, die rot, hart, warzenförmig, rissig sind, leicht bluten, oder mit einer verdickten und verhornten Epidermis bedeckt sind. Die Fufs- und Zehenknochen sind an bestimmten Punkten unregelmäfsig verdickt oder höckerig.

Der Lupus entwickelt sich neben der Elephant. weiter; diese schreitet gewöhnlich anfallsweise fort, aber die einzelnen Anfälle sind nicht so deutlich und auch nicht von einer so ausgesprochenen Vergröfserung der Extremität gefolgt, wie in den tropischen Ländern.

Die Elephantiasis scheint die Prognose des Lupus zu verschlimmern.

Die in ihrem Gefolge häufig auftretenden Lymphangitiden vermögen die Verallgemeinerung der Tuberkulose zu erleichtern.

Man muſs die Lymphangitiden möglichst zu bekämpfen suchen und, wenn chronische Ödeme sich einstellen, mittels Kautschukbinden eine elastische Kompression ausüben. Zeigt sich aber erst Elephantiasis, so ist die Aussicht auf Heilung sehr gering.

Der Verfasser berichtet über 5 Fälle von gut beobachtetem Lupus elephantiast.

Lille. A. TAVERNIER.

Über das Pseudo-Lipom, von J. DIEU. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die Kenntnis des rheumatischen Ödems ist verhältnismäſsig neu. MOUNERET scheint der erste gewesen zu sein, der ein solches Ödem anerkennt und unter dem Titel: „Rheumatismus des Zellgewebes" beschrieben hat. TERNET erwähnt es ebenfalls in seiner Inaugural-Dissertation und führt zwei eigne Beobachtungen an. LELONG stellte 1879 die Differentialdiagnose zwischen einem Ödem infolge von rheumatischer Phlebitis, und einem Oedema essentiale, wie es im Verlauf des Rheumatismus auftritt. Im selben Jahre erschien die klassische Abhandlung von DOVAINE, welcher 3 Arten von rheumatischem Ödem aufstellte: 1. das akute, schmerzlose Ödem. — 2. Das harte, schmerzhafte Ödem ohne Verfärbung der Haut. — 3. Das harte, schmerzhafte Ödem mit Hautverfärbung (Pseudo-Phlegmone). Desgleichen verlangt POTAIN in seinen Vorlesungen für dieses neue Symptom der rheumatischen Diathese das klinische Bürgerrecht. VERNEUIL veröffentlichte in der *Gazette hebdomadaire* einen Aufsatz über eine, bei Rheumatikern vorkommende, noch nicht beschriebene Erkrankung, die in einer Anschwellung der fossae supraclavicul. besteht. Er nannte sie Fettklumpen (peleton adipeux) oder Pseudo-Lipoma supraclaviculare. Schliefslich sprach sich POTAIN 1882 entschieden für die ödematöse Natur des Pseudo Lipoms aus.

1883 stellte dann L. H. PETIT 3 Unterarten dieses Pseudo-Lipoms auf. Pseudo-Lipom beim Kretinismus, beim Myxödem und beim Rheumatismus. Er schlug vor, sie alle drei unter dem Namen Pseudo-Lipoma arthriticum zusammenzufassen, wenngleich er zugab, dafs sich viel gegen eine derartige Verallgemeinerung sagen liefse.

Nach dieser kurzen litterarischen Übersicht erwähnt der Verfasser die Beobachtungen der verschiedenen Autoren, die sich mit dem Gegenstand beschäftigt haben und gelangt zu folgenden Schlufsbetrachtungen.

Die regio supraclavic. ist der gewöhnliche Sitz des Pseudo-Lipoms. Ausnahmsweise trifft man es auch an andern Körperstellen, wo ein lockeres, fettes Bindegewebe geeigneter für die Ablagerung von Fett oder Serum zu sein scheint.

Die unbestimmten und veränderlichen Formen des chronischen Rheu-

matismus neigen besonders zu dieser Erkrankung. Aufserdem sind in ätiologischer Beziehung 4 Momente mafsgebend: das Geschlecht, die Zeit seit Eintritt der Menopause, eine gewisse Wohlbeleibtheit und eine an Hysterie grenzende Erregbarkeit des Nervensystems.

Das Pseudo-Lipom stellt einen Tumor von teigiger Beschaffenheit mit nicht deutlich abgegrenzten Rändern dar, ist schmerzlos, ohne Hautverfärbung, tritt symmetrisch auf beiden Körperhälften auf. Häufig entsteht es ganz plötzlich. Es ist meistens von langer Dauer. Man kann zwei Arten des Verlaufs unterscheiden, je nachdem es immer gleich bleibt oder sein Volumen verändert. Der Ausgang ist unbekannt.

Das Pseudo-Lipom ist wahrscheinlich ein chronisches, essentielles Ödem arthritischer Natur. Bei längerem Bestehen geht es zweifelsohne eine Fettmetamorphose ein. Es ist möglich, dafs gewisse Pseudo-Lipome, die zu den sich gleichbleibenden gehören, von vornherein ausschliefslich aus Fettgewebe bestanden.

Die Pathogenese dieser Affektion lehrt, dafs es sich hier um ein neuropathisches Ödem handelt, ein weiterer Beweis für die ödematöse Natur des Pseudo-Lipoms.

Die Prognose ist durchaus günstig; die Behandlung dagegen ziemlich ohnmächtig. Örtlich kann man den konstanten Strom versuchen. Die Allgemeinbehandlung mufs sich gegen die arthritische Diathese wenden. Jeder operative Eingriff ist durchaus verwerflich.

Lille. A. Tavernier.

Beitrag zum Studium der Gummata des Penis, von Brégeal. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die Gummata des Penis sind häufiger, als man im allgemeinen annimmt. Sie führen oft zu diagnostischen Irrtümern, besonders wenn sie hereditär-syphilitischer Natur sind. Sie kommen auf der Haut und Vorhaut, auf der glans, in der Harnröhre, in den Schwellkörpern vor (nodi).

Das Gumma gebraucht ungefähr 6—8 Monate, um die verschiedenen Stadien der Verhärtung und Erweichung, der Ulceration und Heilung durchzumachen. Es kann sich aber auch viel schneller entwickeln, so dafs man es für einen phagedänischen oder einfachen Schanker halten könnte.

Gegen das übrigens sehr seltene Gumma der Schwellkörper haben sich dem Verfasser am besten Einreibungen des Gliedes mit grauer Salbe bewährt, ein Verfahren, welches demjenigen der ältern Chirurgie bei weitem vorzuziehen sei.

Wird die gummöse Natur des Knotens nicht rechtzeitig erkannt, so können tiefgreifende Zerstörungen des Penis, Perforation der Harnröhre, oder Strikturen die Folge sein, durch welche die geschlechtlichen Funktionen beeinträchtigt werden. Leitet man hingegen alsbald die richtige Behandlung ein, so geht die Vernarbung schnell vor sich, und alle, selbst

die phagedänischen Folgeerkrankungen des Gliedes verschwinden auffallend rasch.

Lille. A. Tavernier.

Über den Ausgang der Hirnzufälle bei Syphilis, von J. Gaudichier. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die Gehirnerkrankungen sind unbestreitbar die schlimmsten Folgen der syphilitischen Infektion. Obgleich man das Vorkommen von Hirnsyphilis früher bezweifelte, so sind ihre verschiedenen Formen jetzt doch genau bekannt. Namentlich durch die Arbeiten von Fournier ist über diese Frage Licht verbreitet worden. Die Aufmerksamkeit der praktischen Ärzte fühlte sich durch diese Thatsachen mächtig angezogen und heutzutage zählt man die Fälle von cerebraler Syphilis gar nicht mehr. Aber während man früher annahm, dafs die Hirnsyphilis erst sehr spät auftrete, weifs man jetzt, dafs sie schon viel früher, schon zur Zeit der sekundären Symptome, vorhanden sein kann. Gaudichier hat in seiner Inaugural-Dissertation versucht, die Zeit des ersten Auftretens syphilitischer Hirnsymptome festzustellen. Er teilt seine Arbeit in zwei Teile:

Im ersten Teil zählt er 376 Fälle von gewöhnlicher Hirnsyphilis auf, die er auf der Abteilung von Fournier beobachtet hat. 337 davon kamen bei Männern und nur 39 bei Frauen vor. Bei den Männern tritt sie am häufigsten vom Ende des ersten bis zum Anfang des vierten Jahres auf; es werden aber auch Fälle berichtet, wo sie erst nach 10 und 20, ja sogar erst nach 37 Jahren zum Ausbruch kam. Bei Frauen ist sie am häufigsten im 6.—7. Jahr nach der Ansteckung.

Im zweiten Teil beschäftigt sich G. nur mit der frühzeitigen Hirnsyphilis und berichtet ausführlich über 38 einschlägige Beobachtungen. Die gewöhnlichste Form der Erkrankung ist die paralytische. Am häufigsten tritt plötzlich eine halbseitige Lähmung — meistens an der rechten Seite — auf. In 3 Fällen unter 50 hatten die Betreffenden längere oder kürzere Zeit vorher an Schwindel und Ohnmacht, besonders an Kopfschmerz gelitten. Selten nur kommen vereinzelte Lähmungen, Monoplegien vor, dagegen ist die Schwäche am Arm häufig deutlicher ausgesprochen als am Bein.

Den Lähmungen schliefsen sich der Häufigkeit nach die Sprachstörungen an. Diese sind entweder bedingt durch eine Zungenlähmung, die sich in den meisten Fällen zu einer Hemiplegie hinzugesellt; oder durch eine wirkliche Aphasie, als Begleiterscheinung einer meist rechts sitzenden Hemiplegie; oder endlich durch eine Aphasie allein. Letztere Form ist von Fournier beschrieben.

Schliefslich führt G. seltener vorkommende Fälle an: Lähmungen des n. oculomotorius (7 mal links, 4 mal rechts); solche des n. trochlearis (rechts 13 mal, links 4 mal); Symptome von Encephalitis (1 mal).

Die Gehirnerkrankungen können 1. vollkommen heilen; 2. sich bessern; 3. dauernde Störungen zurücklassen; 4. tödlich verlaufen.

Die Behandlung mufs nicht nur sofort beginnen, sondern auch energisch sein. Jodkali soll gleichzeitig mit Hg angewandt werden und zwar in grofsen Dosen. Man kann mit 3,0 beginnen, um schnell auf 8,0 zu steigen. Quecksilber kann man in der Form des Hydrarg. jod. flav. bis zu 0,10 Gramm (?) täglich verabreichen. Auf jeden Fall mufs man handeln. Jedoch zieht G. die Schmierkur vor.

Lille. A. Tavernier.

Syphilis und Schwangerschaft. — Abhandlung über die postkonzeptionelle Syphilis, von Legrand. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die Schwangerschaft wirkt nachteilig auf den Organismus und die Blutmischung ein, indem sie die Schwere der syphilitischen Symptome erhöht. Auf der andren Seite ist die Schwangerschaft immer ernstlich durch die Syphilis gefährdet. (Statistik von Fournier: Syphilitische Frauen, bei denen von 53 Schwangerschaften nur 28 ihr normales Ende erreichten.) Bei 370 Schwangerschaften zu Loureine kam auf je 3 ein Abort. Dagegen braucht das Kind nicht immer syphilitisch zu sein, selbst dann nicht, wenn Vater und Mutter es sind.

Die Übertragbarkeit von Vater auf Kind ist heutzutage sicher festgestellt, ist aber seltener, als die von Mutter auf Kind.

Es kommt aber sogar vor, dafs eine Frau mit sekundärer Syphilis ein gesundes Kind erzeugt, welches auch gesund bleibt. Die Regel für die Fälle von frischer Syphilis bei Neugeborenen ist die Übertragung, sei es, dafs der Fötus syphilitisch wird, weil das Ei es ist, „syphilis ovulaire“ (ab ovo), oder weil das Blut es ist, „syphilis conceptionnelle ou placentaire“ (in utero). Das syphilitische Gift kann also die Placenta durchsetzen. Nach Legrand ist die während der Schwangerschaft erworbene Syphilis bedenklicher für das Kind, als die schon vorher bestehende.

Von den aufgezählten Fällen blieben nur 10 % gesund. Die Übertragung erfolgte bei den übrigen noch bis in den 8. Monat hinein.

Lille. A. Tavernier.

Über Syphilis der Brust, von Claude. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Im ersten Teil untersucht der Verfasser den Schanker der Brustdrüse beim Mann sowohl wie bei der Frau, und namentlich bei der stillenden Frau. Eine derartige Untersuchung erscheint heutzutage vielleicht überflüssig. Und doch ist noch erst kürzlich ein Fall vorgekommen, wo man einem syphilitischen Brustdrüsenschanker bei einer Frau von 65 Jahren für Krebs hielt und ihn schnell operieren wollte, weil die Achseldrüsen bereits geschwollen waren.

Der zweite Teil enthält eine kurze Übersicht über die sekundären Symptome, deren Sitz die Brustdrüse sein kann, die aber kaum andre sind, als die Sekundärerscheinungen am übrigen Körper.

Im dritten Teil findet sich die Beschreibung der tertiären Formen, die uns Sawages und Astuce zuerst unter dem Namen des venerischen Krebs kennen gelernt haben. Die Gummata der Brustdrüse sind selten, und man mufs sie, wie das Dubar in seiner Arbeit gezeigt hat, von den Tuberkelknoten in der Drüse unterscheiden. Das Studium der Gummata mammae ist sehr interessant und lohnend, da die tertiäre Syphilis der Brust sehr selten ist, häufig jedoch Krebs und andre Geschwülste hier vorkommen.

Der vierte Teil endlich bringt eine kurze Skizze über die Lues hered. mammae.

In dieser Monographie findet man alles zusammengestellt, was in einzelnen Abhandlungen und periodischen Zeitschriften über den Gegenstand veröffentlicht ist.

Lille. A. Tavernier.

Über Hyperthermia syphilitica post partum, von Albert Sarest. (*Thèse de Paris.* 1886.)

S. berichtet über 24 Beobachtungen an frisch entbundenen syphilitischen Frauen, von denen 18 eine mäfsig erhöhte Temperatur hatten. Diese sogenannte „Hyperthermia syphilitica post partum" erreicht nur eine mittlere Höhe von 38—39°, ist ganz bedeutungslos und hält im Durchschnitt 7—8 Tage an. Jedoch hängt dieser Zeitraum deutlich von dem Alter der Syphilis ab und wird bei eintretender Behandlung verkürzt.

Eine veraltete Syphilis der Mutter, die gar nicht, oder nur wenig eingreifend behandelt wurde, hat eine viel länger dauernde Hyperthermie im Gefolge. Sareste hat Frauen mit einer $3^1/_2$, 5, 7 Jahre alten Syphilis beobachtet, bei denen die Hyperthermie im Anschlufs an die Entbindung 10, 12 und 14 Tage dauerte.

S. ist der Ansicht, dafs die Kenntnis dieser Hypertherm. syph. unter Umständen von praktischem Nutzen sein kann; sie kann einen Fingerzeig abgeben für die vorhandene Infektion, sie kann zur Erklärung einer Temperaturerhöhung dienen, für die eine andre Ursache nicht auffindbar ist, und so eine günstige Prognose ermöglichen.

Lille. A. Tavernier.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Praktische Abhandlung über die Krankheiten des Haars und der Kopfhaut, von George Thomas Jackson, M. D., Professor der Dermatologie an der New Yorker Poliklinik, Arzt am New Yorker Spital für Haut- und Krebskranke, Mitglied der New Yorker Dermatologischen Gesellschaft, u. s. w.

Mit Illustrationen. New York, E. B. Insh. 1887. Preis $ 2.75.

Diese vorzügliche Arbeit zeichnet sich durch ihre Übersichtlichkeit,

durch die Klarheit der Sprache und den reichen Inhalt aus und verdient deshalb eine besondere Erwähnung. Es sei daher eine kurze Inhaltsangabe gestattet. Das Buch besteht aus 4 Teilen,

1. Teil, enthält aufser einer einleitenden allgemeinen Betrachtung 3 Kapitel: Anatomie, Physiologie und Hygieine der Haare.

2. Teil· Die wesentlichsten Haarkrankheiten. 7 Kapitel. Das Grauwerden der Haare; sonstige Verfärbungen; einfacher Haarschwund; Alopecia areata; Atrophia pilorum propria; Hypertrophia pil. s. Hypertrichosis, Trichiäsis und Distichiasis; Sykosis.

3. Teil: Parasitäre Haarkrankheiten. 7 Kapitel. Trichophytosis capitis; Kerion — Trichophytosis barbae; Favus — Pediculosis cap.; Pedicul. pub.; Beigelsche Krankheit und andre seltenere parasitäre Erkrankungen.

4. Teil: Haarkrankheiten infolge von Erkrankungen der Haut. 7 Kapitel. Dandruff; Keratosis pilaris; Eczema cap. et barbae; Plica polonica; Dermatitis papillaris capillitii; Naevus pilosus (Syphilis, Lupus, Vitiligo).

Das Quellenverzeichnis umfafst 27 Seiten.

Alle Abschnitte sind gleich gut bearbeitet. In dem Kapitel über Hypertrophia pilorum teilt uns der Verfasser seine reichhaltigen und lehrreichen Erfahrungen mit über die Michelsche Methode, die überschüssigen Haare mittels Elektrolyse zu entfernen.

Das Buch ist mit zahlreichen Rezepten versehen, wie denn überhaupt der therapeutische Teil nicht zu kurz kommt.

Beim Lesen des Buches gewinnt man die Überzeugung, dafs der Verfasser nicht nur sein Fach vollkommen beherrscht, sondern auch mit grofsem Fleifs und Ausdauer sein Werk vollendet hat. Die Hoffnung ist daher berechtigt, dafs die Arbeit allen denen höchlichst willkommen sein wird, die sich über die einschlägigen Krankheiten unterrichten wollen.

New York. F. Tilden Brown.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

Epheliden, von Georges Thibierge. Artikel im *Dictionnaire encyclopédique des Sciences méd.*

Frühere Autoren haben unter obigem Titel die differentesten Dinge beschrieben; Sawages z. B. unterscheidet noch 6 verschiedene Arten. Seit Rayer nimmt man nur mehr 2 Arten an.

1. Éphélides solaires, dies sind die eigentlichen an den der Luft ausgesetzten Hautstellen entstehenden bräunlichen, unregelmäfsigen Flecke. Sie entwickeln sich nicht bei allen Leuten, sondern gewisse Personen, welche sich durch einen robusten Körperbau auszeichnen, bekommen anstatt der Epheliden eine allgemeine Bräunung der Haut, wenn sie sich den Sonnenstrahlen exponieren. Es existiert nur eine anatomische Untersuchung der Flecke von Demiéville in *Virchows Archiv.* Bd. 81; hiernach würden die

Pigmentflecke ihre Entstehung einer Auswanderung von roten Blutkörperchen und einer Umwandlung des Pigmentes derselben verdanken. Differentielldiagnostisch sind die Epheliden zu trennen von den Färbungen bei Uterus-kranken Frauen (Masque de la grossesse), von der braunen Färbung im Gesichte Tuberkulöser, von Pigmentsyphilis, Vitiligo, Pityriasis versicolor und den pigmentierten Naevi. Die Therapie hat nur zweifelhafte Erfolge. Hardy empfiehlt als das beste:

℞ *Sublimat*	1,0
Alkohol q. s. ad solut.	
Zinc. sulfuric.	2,0
Plumb. sulfuric.	2,0
Aqua destillata	250,0

2. Éphélides lentigineuse, Lentigo. Disseminierte braune oder gelbliche Flecke, welche an allen Körpergegenden vorkommen können, jedoch die entblößt getragenen Hautstellen bevorzugen. Mit Vorliebe werden skrofulöse Individuen befallen und ganz besonders rothaarige. Häufig treten Lentigoflecke im Anschluſs an akute fieberhafte Krankheiten auf. Mikroskopische Untersuchungen liegen nicht vor. Die Prognose ist natürlich eine gute. Die Flecke verschwinden oft von selbst. Zur medikamentösen Entfernung bedient man sich am besten des Sublimats. Leloir empfahl 1886 Chrysophansäure in Chloroform gelöst aufzutragen.

Altona. Appel.

Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung, von Dr. Schuster, Aachen.

Der Verf. hat in diesem Buche seine 20jährigen Erfahrungen als Badearzt in Aachen niedergelegt. Im ersten Teile wird wesentlich Bekanntes mitgeteilt über die Syphilis als Infektionskrankheit. Sehr wichtig sind die von S. für die Behandlung gegebenen Ratschläge. Die bequemste und energischste Behandlungsmethode ist die Schmierkur; aber anstatt mit Quecksilbersalbe soll dieselbe aus Reinlichkeitsgründen mit einer 33⅓ %igen weichen Quecksilberseife gemacht werden. Es ist alsdann nur nötig, 15 Minuten zu schmieren. Dem Wesen der Syphilis entsprechend, welche ja eine in den ersten Jahren nach der Infektion fast stets mehrmals recidivierende Krankheit ist, darf auch die Behandlung nicht mit einer einzigen Kur abgeschlossen werden, sondern gleich nach Konstatierung der Krankheit (d. h. des Primäraffektes) hat die erste Schmierkur ca. 40 Tage lang zu geschehen. Der Organismus bleibt dann 6 bis höchstens 8 Monate unter dem Einfluſs des Quecksilbers, dessen langsame aber konstante Ausscheidung durch Urinuntersuchung konstatiert und kontrolliert werden kann. Wird kein Quecksilber mehr ausgeschieden, so muſs eine zweite Schmierkur stattfinden, auch wenn keine sichtbaren oder fühlbaren Krankheitsprozesse mehr

vorhanden sind, da durch J. Neumanns Untersuchungen nachgewiesen ist, dafs auch dann noch eine kleinzellige Infiltration der vorher befallen gewesenen Partien besteht. Die Syphilis ist in diesem Stadium weder geheilt noch latent, sondern nur scheinbar latent. Nach Ablauf der zweiten Behandlungsperiode erlaubt Schuster zu heiraten, das ist also nach 16 Monaten.

Eine ebenso lange und ebenso cyklische Behandlung wendet der Verf. gegen die in der gummösen Periode auftretenden Erscheinungen an, weil auch hier die Erfahrung gezeigt hat, dafs mehrere Jahre hindurch immer wieder gleichartige Erkrankungen auftreten, sobald die Syphilis einmal aus ihrer mehrjährigen Latenz herausgetreten ist. Auch in dieser Periode ist Quecksilber das Hauptmittel.

Es gibt Personen, welche durch Quecksilber nicht beeinflufst werden. Schuster hat durch Urinuntersuchungen nachgewiesen, dafs in diesen Fällen das Hg überhaupt nicht oder nur in sehr geringen, ungenügenden Mengen resorbiert wird. Alsdann mufs die Behandlung geändert werden.

Sehr erwähnenswert ist die Behandlung der Stomatitis mercur. Wenn man mit einer feinen Knopfsonde zwischen Zahnfleisch und Zahn eingeht, so sieht man, dafs das Zahnfleisch vom Zahn losgelöst und an der Innenfläche wund ist. Die Höhle zwischen Zahn und Zahnfleisch ist mit einer schmierigen Masse erfüllt. Schuster armiert nun eine Reihe feiner Sonden mit Lapis, eine andre Reihe mit Watte versehener Sonden reinigen die Hohlräume, dann wird der Hohlraum mit Lapis geätzt. Dieser Eingriff ist einen Augenblick schmerzhaft; aber bei der nächsten Mahlzeit kann der Patient doch wieder essen.

Schuster hat in Aachen viele Fälle gesehen, in welchen durch den Gebrauch der Thermalbäder spezifische Hauterkrankungen hervorgerufen wurden. Dies waren Patienten mit scheinbar latenter Syphilis, deren Haut durch den starken Sodagehalt des Wassers (ein Bad enthält 3 3/4 Pfund Soda) gereizt wurde wie durch ein Trauma oder Kataplasma.

Neben der Allgemeinbehandlung ist die lokale äufserst wichtig 1. um möglichst viele Syphiliseinheiten zu entfernen (das ist auch der einzige Grund, weshalb Verfasser die Excision der Initialsklerose billigt), 2. um Entstellungen zu vermeiden. Die Form der Nase darf durch Syphilis heutigen Tages nicht mehr zerstört werden. Um diesem Postulate gerecht zu werden, gibt Schuster verschiedene ingeniöse Methoden an, die Erkrankungen der Gesichtsknochen frühzeitig zu erkennen und zu heilen.

Durch eine Anzahl interressanter Krankengeschichten gewürzt wird die Lektüre des Buches zu einer sehr zu empfehlenden.

Altona. Appel.

A. Eulenburg, **Realencyklopädie der gesammten Heilkunde.** Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 1887.

Die Lieferungen 81—110 enthalten wieder eine Reihe vorzüglich bearbeiteter Artikel, die für unsre Leser von Interesse sind:

Harn	Loebisch.	Impetigo	Kaposi.
Harnfarbstoffe	Loebisch.	Impetigo contagiosa	Koposi.
Harnröhre	Zuckerkandl.	Impetigo hepetiformis	Kaposi.
Harnröhrenverengerung	Güterbock.	Impfung	Fürbringer.
Haut	Klemensiewicz.	Impotenz	Fürbringer.
Hautemphysen	Küster.	Infektion	Klebs.
Hautkrankheiten im allgemeinen	Auspitz-Schiff.	Injektion	Bernatzik.
Hereditäre Syphilis	Grünfeld.	Inokulation	Bernatzik.
Herpes	Kaposi.	Intoxikation	Samuel.
Herpes tondens	Auspitz-Schiff.	Jod	Bernatzik.
Hordeolum	Reuss.	Jodoform	Bernatzik.
Hornstoffe	J. Munk.	Jodol	Bernatzik.
Hospitalbrand	Küster.	Keloid	Birch-Hirschfeld.
Hymen	E. Hofmann.	Lanolin	Liebreich.
Hypertrichosis	Behrend.	Larynxsyphilis	G. Lewin.
Ichthyol	Eulenburg.	Leberthran	Husemann.
Ichthyosis	Kaposi.		

Es fallen in diese Hefte die Artikel: Haut (Klemensiewicz) und Hautkrankheiten (Auspitz-Schiff), deren Sorgfalt und Ausführlichkeit charakteristisch für das Interesse und den Raum sind, den die vorliegende Encyklopädie unsrer Spezialität widmet. Diese Begünstigung bekundet sich übrigens schon in der bedeutenden Anzahl mitarbeitender Fachkollegen. Von den übrigen Artikeln heben wir als von besonderem Interesse hervor: Harnröhrenverengerung (Güterbock), Herpes (Kaposi) und Hypertrichosis (Behrend). Unna.

W. Behrens, **Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten.** Braunschweig, Harald Bruhn. 1887.

Endlich liegt einmal, und zwar aus der berufensten Feder, ein kurzgefafstes, deutsches Vademekum für den Mikroskopiker vor. Was man bisher sich beim Arbeiten aus dürftigen Tabellen im Anhange gröfserer Werke über Mikroskopie zusammen suchen und schliefslich doch meistens aus den Quellen physikalischer und chemischer Handbücher mühsam berechnen mufste, findet man hier in anscheinend absoluter Vollständigkeit, vorzüglich geordnet beisammen. Wir sind überzeugt, dafs ein jeder Mikroskopiker, welcher dieses nützliche Büchlein zur Hand nimmt, es sogleich zu Rate ziehen wird. Die Vergleichung der Medizinalgewichte, der Mafseinheiten, der Thermometergrade, der Aräometergrade mit den spezifischen Gewichten,

der spezifischen Gewichte mit den Prozentgehalten vieler Laugen und Säuren erleichtern das Nacharbeiten fremder, besonders ausländischer Arbeiten. Ungemein erwünscht bei eignen Versuchen erscheinen die Tabellen über Schmelz- und Siedepunkte, Kältemischungen, spezifische Gewichte, Atomgewichte und Äquivalente, Löslichkeit ätherischer Öle, Harze und Balsame, chemisches und physikalisches Verhalten der Anilinfarben, Brechungsindices, Verhältnis von numerischen Aperturen und Öffnungswinkel, Probeobjekte, Polarisationskonstanten etc. etc. Endlich reihen sich noch 16 Tabellen über Erhärtungs-, Fixierungs-, Aufhellungs-, Verschluſs-, Einbettungs-, Macerations- und Tinktionsmittel an, welche besonders jüngeren Mikroskopikern sehr erwünscht sein werden. Während in den Tabellen erster und zweiter Kategorie mathematische und physikalische Konstanten von absolutem, gleichbleibendem Werte enthalten sind, gibt die letzte Katogorie einen kurzgefaſsten Extrakt bewährter Rezepte aus der mikroskopischen Technik, der seiner Natur nach mit der fortschreitenden Technik dem Veralten ausgesetzt ist. Allerdings ist die Auswahl des Verfassers eine vorzügliche, die Anordnung überaus übersichtlich; auch dieser Teil ist für Laboratoriumspraktikanten die beste Übersicht, die wir bisher haben. Aber selbständige Mikroskopiker, für welche die ersteren Kategorien von Tabellen entworfen wurden, wollen eigentlich keine Auswahl, sondern historische Notizen über alles haben, wie es Gierkes Buch bis zum Jahre 1885 gibt. Darauf verweist auch der Autor in der Vorrede.

Wir haben schon beim Referat über diese letztere Arbeit der Verlagsbuchhandlung den Wunsch ausgedrückt, zuverlässige Jahresberichte in tabellarischer Form, anschlieſsend an Gierkes Arbeit, über die Fortschritte der mikroskopischen Tinktionslehre erscheinen zu lassen. Wir können diesen Wunsch hier nur wiederholen. Wie bei den medizinischen Kalendern gewisse Tabellen stereotyp wiederkehren und andre jährlich verändert werden müssen, so wäre es erwünscht, den bleibenden Behrensschen Tabellen eine jährlich erscheinende, tabellarische Nachlese über die gesamte mikroskopische Technik in Ergänzungsheften folgen zu lassen, die dann derartige Fortsetzungen des Gierkeschen Werkes überflüssig machten.

Unna.

Baumgarten, **Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.** Jahrgang II. Braunschweig, Harald Bruhn. 1887.

Der Baumgartensche Jahresbericht ist in der kurzen Zeit seines Bestehens schon zu einem Bedürfnis geworden, und wie wir diesem zweiten Jahrgang mit Spannung entgegen sahen, so wünschen wir jetzt den dritten möglichst bald herbei. An Vollständigkeit übertrifft der vorliegende den ersten und reiht sich ihm an Objektivität der Wiedergabe aller Arbeiten — und das sind die meisten — die dem Autor im Original vorlagen, würdig

an. Auch diesesmal finden wir die subjektiven Ansichten des Verfassers durchgehend getrennt und in die Anmerkungen verlegt. Über die Berechtigung und Notwendigkeit derselben kann man verschiedener Meinung sein. Uns erscheinen sie als eine sehr wertvolle Zugabe, und wir möchten den Verfasser ermutigen, die darin geübte, ebenso umsichtige wie vorsichtige Kritik ja nicht in den nächsten Jahrgängen zu unterdrücken. Die Bakteriologie ist noch eine zu neue und schwierig zu bearbeitende Wissenschaft, als dafs es nicht für jeden Arzt erwünscht wäre, immer wieder im Einzelfalle auf die vielen verborgenen Klippen derselben, die Lücken der Beobachtung und die Unvollständigkeit der Beweisführung hingewiesen zu werden. Sodann sind wenige in der That wie Baumgarten, teils durch eigne, bewährte Arbeit auf diesem Felde, teils als fruchtbarer selbständiger Forscher auf dem Gebiete der allgemeine Pathologie, zu einer solchen Führerolle berufen. Und — gestehen wir es ehrlich — unter den wenigen sind gewifs sehr wenige, welche neben dem kritischen Scharfblick, der enormen Belesenheit und vielseitigen eignen Erfahrung noch den stupenden Fleifs besitzen, welche zur Fertigstellung eines solchen Jahresberichts gehören. Niemand, der denselben in einem Zuge durchliest — und derselbe eignet sich durch die vorzügliche Anordnung und Bearbeitung wirklich dazu — wird sich dieses Eindrucks erwehren können. Wer möchte einer solchen Leistung gegenüber dem Autor den Ausdruck seiner eignen Meinung, welche ihm offenbar die mühselige Arbeit erst erfreulich und möglich macht, verwehren? Für uns ist dieselbe noch stets lehreich gewesen, selbst in den seltenen Fällen, wo wir der Kritik nicht beistimmen konnten, und wir möchten sie in Zukunft nicht entbehren. — Hoffen wir, dafs es dem Verfasser auch in der Folge gelingt, die von Jahr zu Jahr anschwellende bakteriologische Litteratur so wie diesesmal zu bemeistern. Unna.

Relatorio apresentado em 1887 ao Dr. Provedor do Imperial Hospital dos Lazaros, pelo Dr. Azevedo Lima. Rio de Janeiro 1887. 32 pag. in 8°.

Der ärztliche Bericht aus dem Leprahospital von Rio de Janeiro über das letzte Amtsjahr (1886—1887) enthält ein schätzenswertes Beobachtungsmaterial. Er beginnt mit einer Statistik der Krankenfrequenz von 1799 bis heute (auf Grund der offiziellen Listen), bringt dann einige Betrachtungen über das gegenseitige Verhältnis der einzelnen Formen und die ihnen zukommende Lebensdauer, ferner über mehrfache Erkrankungen in derselben Familie. Es folgt dann der eigentliche Jahresbericht mit besonderer Berücksichtigung der interkurrierenden Krankheiten, der therapeutischen Versuche und der Läsionen an den Organen des Gesichts, Gehörs und Geruchs, Dann werden die Ergebnisse einiger in Kollaboration mit dem Referenten gemachten bakteriologischen Untersuchungen erwähnt, welche von den

anderswo enthaltenen Resultaten nicht abweichen. Den Schlufs bildet eine vom Ref. zusammengestellte Notiz über die wichtigsten, auf den Mikroorganismus der Lepra bezüglichen Thatsachen.

Einige interessante Angaben mügen hier kurz mitgeteilt werden: Von Oktober 1799 bis Ende Juni 1887 fanden 1734 Lepröse (995 männl., 739 weibl.) im Spitale von Rio Aufnahme. Darunter waren Brasilianer 1047, Afrikaner (d. h. importierte Neger) 475, Portugiesen 166, Deutsche 17, Spanier 6, Italiener 6, Schweizer 6, Franzosen 5, Chinesen 3, Nordamerikaner 2, Paraguayer 1. Unter den Brasilianern waren Weifse 421, Schwarze 378, Mischlinge 248; von den Provinzen waren vertreten: Rio de Janeiro (Stadt und Provinz) mit 748, Minas Geraes mit 89, São Paulo mit 86, Espirito Santo mit 28, Bahia mit 18, Sante Catharina mit 18, Rio Grande do Sul mit 14, Maranhão mit 12, Pará mit 9, Ceará mit 8, Pernambuco mit 7, Sergipe mit 6, Paraná mit 4 Leprösen. (Es fehlen 7 Provinzen, von denen keine immun ist; die Frequenz der einzelnen ist durch äufsere Verhältnisse stark beeinflufst.) Alle Munizipien der Provinz Rio de Janeiro haben Kranke geliefert; am meisten dasjenige Angra dos Reis. Unter den 1734 Kranken sind alle Alter von 3 bis zu 85 Jahren vertreten; am häufigsten jedoch die von 18 bis 50. Ein bemerkenswertes Faktum ist, dafs man bei den kranken Kindern fast immer Familienantecedenzien findet, während diese bei der grofsen Mehrzahl der Erwachsenen fehlen. Eine lange Lebensdauer wird nicht selten beobachtet; manche Kranke haben 30—40 Jahre im Spitale gelebt, ja einer starb nach 65jährigem Spitalaufenthalt im Alter von 105 Jahren. Die mehrfachen Fälle in einer Familie sind nicht häufig und auch dann erkranken zuweilen die Kinder vor den Eltern; nie schien eine Übertragung von väterlicher Seite stattgefunden zu haben. Wir führen ein noch nicht publiziertes Beispiel an:

Bei Gelegenheit der grofsen Trockenheit und daherigen Hungersnot in Ceará wanderte eine Familie, bestehend aus Mann, Frau und 4 Kindern, nach Capivary in São Paulo aus, wo sie Landarbeit trieben. (Weder in ihrer Familie, noch an ihrem früheren Wohnorte waren Fälle von Lepra bekannt.) 5 Jahre nachher gebar die Frau einen Knaben, während sie selbst schon Flecke hatte, welche später als leprös erkannt wurden. Nach 2 Jahren zeigte das Kind Leprasymptome, und auch der Vater und 2 andre Brüder fühlten die ersten Anzeichen der Krankheit, wegen welcher sie jetzt ins Hospital kamen, während die Mutter schon gestorben ist. Hier könnte höchstens bei dem ersterkrankten Kinde auf Vererbnng rekurriert werden. (Indessen wird auch die direkte Ansteckung von Person zu Person nicht erwiesen, sondern nur die Gefahr, in einer Lepragegend zu wohnen.)

Wegen seiner grofsen Seltenheit erwähnen wir noch den Fall eines afrikanischen Negers, welcher seit 1848 in der Spitalküche beschäftigt war und während des Berichtjahres an Apoplexie starb. Derselbe hatte seit 2 Jahren deutliche Symptome von Nervenlepra dargeboten, und liegt es daher nahe, die Infektion auf den vorangegangenen 36jährigen Aufenthalt im

Leprahospitale zurückzuführen. Es ist dies aber der einzige Fall einer Erkrankung unter dem Spitalpersonal, der in dieser langen Zeit bekannt geworden ist.

Im verflossenen Jahre war der Bestand folgender: Es befanden sich im Spitale 46 Patienten, während des Jahres traten ein 32, starben 8, wurden entlassen 12, verblieben am Ende des Jahres 58.

São Paulo. Lutz.

Lepra.

I. *Report of the President of the Bord of Health to the Legislative Assembly of 1886.*

II. *Report of the President of the Bord of Health to the Legislative Assembly of 1886, on Leprosy.*

III. *Appendix to the Report on Leprosy of the President of the Bord of Health to the Legislative Assembly of 1886.*

IV. *Leprosy in Hawaii. The Laws and Regulations in Regard to Leprosy in the Hawaiian kingdom.* Honolulu 1886.

V. *Leprosy in Foreign Countries.* Honolulu 1886.

No. I—III enthalten eine Anzahl von Berichten und andern Aktenstücken über das hawaiische Gesundheitswesen im allgemeinen und im besondern über die auf Lepra bezüglichen Verhältnisse. Dieselben beziehen sich nur auf die letzte Amtsperiode, während in No. IV eine Sammlung aller die Lepra betreffenden Verordnungen, Gesetze und Berichte (von 1863 bis 1885) enthalten ist. No. V gibt eine Sammlung von Berichten, welche fremde Regierungen der hawaiischen auf eine diesbezügliche Anfrage geliefert haben. Dieselben beziehen sich hauptsächlich auf die Natur der Lepra und ihre Verbreitung in den betreffenden Ländern, sowie auf einschlägige gesetzliche Bestimmungen und Verordnungen. Unter diesen füllt allein der Bericht aus Indien 102 Seiten; diejenigen aus andern Lepraländern (welche übrigens keineswegs vollständig vertreten sind) nehmen weitere 125 Seiten ein.

Es ist zweifellos in diesen 5 Bändchen mit nahezu 700 Seiten ein sehr reichhaltiges und wertvolles Informationsmaterial enthalten, aber es kann nicht verschwiegen werden, dafs dasselbe von sehr ungleicher Qualität ist und die einzelnen Ansichten und Darstellungen sich oft direkt widersprechen. Eine blofse Inhaltsangabe würde Seiten füllen, ohne dafs dem Leser viel damit gedient würde, und eine kritische Untersuchung der selbst in bezug auf die Thatsachen differierenden Meinungen wäre ohne die eingehendsten Studien kaum möglich. (Es gilt dies z. B. von der Frage nach dem ersten Auftreten der Lepra in Hawaii, welche auf die verschiedenste Weise beantwortet wird; ebenso von der raschen Ausbreitung, welche — übrigens ohne jeden thatsächlichen Beweis — der Schutzpockenimpfung zugeschrieben wird.) Sehen wir ferner, dafs manche Ärzte — allen pathologisch-anatomischen und klinischen Thatsachen, sowie den klarsten Indizien der geographischen Pa-

thologie, ja nicht selten den einfachsten Gesetzen der Logik zum Trotze — die Lepra nicht nur auf Syphilis, sondern selbst auf übertriebenen Quecksilbergebrauch zurückführen wollen, dann kann man sich kaum verhehlen, daſs die Zeit noch nicht gekommen ist, wo durch solche Massenabstimmungen für die Pathologie der Tropen entscheidende Resultate gewonnen werden könnten. Wer sich spezieller für Geschichte und Geographie der Lepra interessiert, sollte diese Lektüre nicht versäumen; solchen, die mit dem Gegenstande noch nicht hinlänglich vertraut sind, dürfte sie leicht mehr Verwirrung als Aufklärung bringen.

São Paulo. LUTZ.

A Morféa no Brezil especialmente na Provincia de São Paulo, pelo Dr. JOSÉ LOURENÇO DE MAGALHÃES. Rio de Janeiro, Typographia Nacional. 1882.

Dieses Buch, welches nur selten in europäische Kreise gedrungen sein dürfte, reiht sich natürlich an die letzterwähnten Berichte an, mit welchen es manche Ähnlichkeiten bietet. Der Inhalt entspricht dem Volumen (359 S.) keineswegs, bietet aber doch ab und zu interessante Informationen. Nach einer Einleitung von 7 Seiten wird auf 40 weiteren die Verbreitung der Krankheit in Brasilien besprochen, ohne daſs wir mehr Positives erfahren, als in den Ansichten und Eindrücken einiger Ärzte und Laien enthalten ist. (Das Fehlen jeder verwertbaren Ziffer wird durch den Mangel an vorhandenem statistischen Material entschuldigt.) 26 Seiten sind der Besprechung der Lepraspitäler gewidmet; weitere 22 der Frage, ob die Lepra unter den Eingeborenen (Indianern) Brasiliens existiert habe, welche Verf. verneinend beantwortet. Die nächsten 191 Seiten befassen sich mit den Ursachen der Morphaea; 44 Seiten geben die Ansichten fremder, 49 diejenigen einheimischer, und weitere 98 diejenigen des Verfassers wieder. Da seit dem Erscheinen des Buches einige Jahre verflossen sind, können wir uns nicht wundern, daſs die Möglichkeit der Entstehung der Krankheit durch Mikroorganismen nicht so berücksichtigt wird, wie es heute unbedingt geschehen müſste. Ich verzichte auf eine Kritik der Ansichten des Autors, welcher die Hauptschuld an der Krankheit der Ernährungsweise beimiſst und zwar speziell einer solchen mit einem Kohlenstoffüberschuſs, wobei besonders die Fette, aber auch die Kohlenwasserstoffe beschuldigt werden, und die Lepra als (durch entgegengesetzte Diätfehler entstandene) Gicht der Armen der Arthritis divitum entgegen gestellt wird. Dabei will er übrigens mit Dr. MARTIUS COSTA bei Lepra eine nahezu konstante, oft sehr beträchtliche Vermehrung der roten Blutkörperchen gefunden haben; letzterer fand auch im Blute Lepröser (sogar bei Lepra anaesthetica) sowohl Stäbchen als Monaden. — Die letzten 50 Seiten enthalten den Theorien des Autors entsprungene hygieinische Ratschläge, deren Wiedergabe ich unterlasse.

São Paulo. LUTZ.

Revista dos cursos praticos e theoricos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 3° Anno. 3° No. 1887. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional.

I. *Descripção de una especie de filarias* etc., pelo Dr. Pedro S. de Magalhães.

II. *Caso raro de elephantiasis dos Arabes*, pelo professor Bulhões Ribeiro.

I. Die erste der vorstehenden Arbeiten liefert einen wertvollen Beitrag zur Kenntnis der erwachsenen Filaria sanguinis hominis oder F. Bankrofti. Es ist die Beschreibung zweier, zufällig im linken Ventrikel eines Kindes gefundenen Nematoden, eines männlichen und eines weiblichen Exemplars. Letzteres bestand aus 2 Fragmenten, die aber vereinigt ein vollständiges Ganze zu bilden schienen. Da eine genauere Untersuchung die Charaktere der Filarien ergab und in erster Linie an F. Bankrofti zu denken war, verglich Verf. seine Exemplare mit den Beschreibungen von Lewin, Manson und Cobbold, wobei sich freilich zwischen denselben, den begleitenden Zeichnungen und seinen Filarien merkliche Verschiedenheiten fanden. Er zieht es daher vor, um dem Leser ein eignes Urteil zu ermöglichen, vor seiner eignen Beschreibung die ganze diesbezügliche Litteratur zu resumieren. So wertvoll diese kritische Zusammenstellung durch Berücksichtigung auch weniger bekannter Quellen ist, können wir dieselbe doch hier wegen ihrer Länge nicht verfolgen, um so weniger, als die wichtigsten Arbeiten dem Leser dieser Blätter bekannt oder doch zugänglich sind. Wir begnügen uns daher, aus dieser Zusammenstellung mit dem Autor den Schluſs zu ziehen, daſs kein positives Hindernis vorliegt, dieselben auf eine einzige Spezies zu beziehen, um so mehr als jenen Autoren beschädigte oder länger konservierte Exemplare vorlagen. Aus den Längendimensionen müssen wir dagegen entnehmen, daſs unser Autor es allein mit einem ausgewachsenen und ziemlich vollständigen Weibchen zu thun gehabt hat, wie er auch allein ein Männchen fand. Für die Indentität dieser Nematoden mit der F. Bankrofti sprechen folgende Gründe: Die Wucherer'schen Hämatozoen sind auch in Rio de Janeiro wiederholt beobachtet, und bei dem Sitz der M.schen Filarie darf als sicher angenommen werden, daſs sie ihre Jungen ins Blut gebären muſste; vor der Hand wissen wir aber von keiner andern menschlichen Filarie, daſs sie dieses thut. Die andern, früher in Brasilien beobachteten Fadenwürmer, F. medinensis und Coa, waren nur importiert und werden heute nicht mehr beobachtet; erstere ist durch ihre Gröſse vollständig ausgeschlossen; letztere ist noch unvollkommen bekannt, scheint aber noch verwandt zu sein. (Nach den bisherigen Angaben ist sie jedenfalls eine kleinere Spezies.) Es ist ferner klar, daſs es sehr gezwungen wäre, die Zugehörigkeit des Männchens zu dem Weibchen in Frage stellen zu wollen, um so mehr als beide an einem Orte gefunden worden sind, der von keiner der sonst bekannten menschlichen Schmarotzer öfters bewohnt wird. Wir glauben daher, daſs — trotz der löblichen Vorsicht des Autors — beide Exemplare vorläufig als Filaria

Bankrofti gelten müssen, und geben aus ihrer Beschreibung, als der genauesten, die wesentlichen Punkte ganz kurz wieder. (Hoffentlich wird eine definitive Klärung der Frage nicht mehr lange auf sich warten lassen; sie hätte längst eintreten müssen, wenn in den Tropen mehr pathologisch-anatomische Studien gemacht würden.)

Weibchen: Dünner, fadenförmiger, nicht ganz undurchsichtiger Wurm von weifslicher Farbe; der cylindrische Körper zeigt fast gleichmäfsige Dicke und verjüngt sich nur sehr allmählich nach dem Schwanzende. Die Oberfläche zeigt eine feinste transversale Streifung und ist im übrigen glatt. Das keulenförmige Kopfende ist durch eine halsartige Verjüngung mit dem Körper verbunden und hat eine endständige, einfache und unbewaffnete runde Mundöffnung; der Schwanz endet in eine stumpfe Spitze. Der enge, cylindrische Oesophagus erweitert sich am untern Ende zu einem Bulbus, der durch eine Einschnürung vom Darm getrennt ist; letzterer zeigt am obern Ende eine starke Erweiterung, während das untere Ende von einem engern Rektum gebildet wird, welches nahe dem Schwanzende (0,13 mm entfernt) in den bauchständigen Anus ausmündet. Die Geschlechtsöffnung liegt nahe beim Kopf (2,56 mm entfernt); die 2 langen und gewundenen Eiröhren nehmen fast die ganze Länge des Wurmkörpers ein und sind mit Eiern und Embryonen gefüllt. Das Muskelsystem besteht aus Bündeln langgestreckter, in der Längsachse des Tieres liegender Zellen, die nur an den ziemlich breiten Seitenfeldern fehlen; letztere scheinen einen Längskanal zu besitzen und zeigen in feinkörniger Substanz viele regelmäfsig angeordnete Kerne. (Bauch- und Rückenlinien sind auswendig nicht wahrzunehmen.) Am Kopfende existieren nach der Mundöffnung konvergierende Muskelbündel. Gesamtlänge 155 mm, Dicke, 0,600—0,715 mm.

Das Männchen unterscheidet sich durch folgende Merkmale: Geringere Dimensionen (Länge 83 mm, gröfste Dicke 0,28 mm). Kopfende nicht abgesetzt; Schwanzende weniger stumpf, weist $1^1/_2$ bis 2 Spiraltouren auf. Die Geschlechtsröhre ist einfach gewunden und mündet mit dem Rektum nahe (0,11 mm entfernt) vor der Schwanzspitze aus. Aus der Kloake sieht das einfache, in einer Scheide steckende Spiculum zum Teil hervor; es existieren 4 präanale und 4 postanale Papillenpaare, deren 2 letztere sehr klein sind; alle sehen etwas zottig aus. Von der Basis des Spiculum verlaufen 2 Muskelbündel nach vorn und hinten zum Muskelschlauch.

Für die übrigen Einzelheiten müssen wir auf die Holzschnitttafeln des Originals verweisen. Da der Text in der Originalsprache nur wenigen verständlich ist, hoffen wir, bald eine vollständige (wenn auch etwas knapper gefafste) Übersetzung ins Deutsche erscheinen zu sehen.

II. B. beschreibt einen Fall von Elephantiasis Arabum bei einer 52-jährigen Weifsen (Bürgerin von Rio de Janeiro), die seit ihrem 25. Jahre an Lymphangitiden litt, welche allmählich den jetzigen Zustand herbeiführten. Es besteht eine enorm elephantiastische Vergröfserung beider Unterextremitäten, vorn von den Inguinalfalten, hinten vom Oberrande der Nates

nach abwärts; letztere bilden ein förmliches Polster, welches die Rückenlage verhindert, und da auch die aufrechte Stellung unmöglich ist, so bringt Pat. seit mehreren Jahren Tag und Nacht sitzend zu. Die einzelnen hypertrophischen Abschnitte sind von tiefen Furchen getrennt, in welche die Kranke Tücher einlegt, um die Intertrigo zu verringern. Das Gewicht der Frau beträgt 133 kg und kommt gröfstenteils auf Rechnung der Wucherung, da der übrige Körper durch das lange Leiden abgemagert ist. Folgende Maße geben einen Begriff von der kolossalen Verdickung der unteren Extremitäten:

R. Bein: gr. Umfang am Fufs: 20 cm; 26 cm über der Fufssohle: 76,5 cm; 63 cm über der Fufssohle: 82,5 cm.

L. Bein: gr. Umfang am Fufs: 35 cm; 17 cm über der Fufssohle: 84 cm; 50 cm über der Fufssohle: 131 cm.

Im Blute eines Beines wurden zwar keine Nematodenlarven gefunden, wohl aber zwei Eier, von denen eines einem Embryo enthielt.

Den Schlufs der Mitteilung bilden einige kritische Betrachtungen über die Anwendung der Elektrizität bei der Elephantiasis Arabum; B. mißt (wie ich glaube mit Recht) dieser Behandlungsweise keine solche Bedeutung zu, wie es von andrer Seite geschehen, und legt das Hauptgewicht auf die elastische Kompression, ev. mit Suspension.

Ein Holzschnitt am Ende der Arbeit gibt einen guten Begriff von den phänomenalen Dimensionen der elephantiastischen Teile.

São Paulo. Lutz.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Amerika.

Über zeitweilige Überanstrengung der Blase, als Ursache lokaler Atonie und chronischer Retention des Urins, von Dr. F. N. Otis. (*New York Medical Record.* 28. Mai 1887.) Längere Zeit anhaltende Erschwerung der Urinentleerung, wie durch organische Striktur oder Vergröfserung der Prostata, erweist sich, während sie oft eine allgemeine Verdickung und Rigidität der Blasenwände verursacht, in gewissen Fällen als fähig eine mechanische Überanstrengung und nachfolgende Verdünnung des Muskelgewebes der Blase hervorzubringen, indem sie auf diese Weise das Kontraktionsvermögen und die Fähigkeit der Blase, sich selbst zu entleeren, vermindert. Dieser Zustand wird als Atonie oder Inertia der Blase bezeichnet, um ihn von der Parese oder Paralyse der Blase zu unterscheiden, welche auf Nervenläsionen beruhen, während dieser Zustand der Atonie in der Regel auf lange anhaltender Urinverhaltung beruht und vorzugsweise bei älteren Leuten gefunden wird. Es gibt jedoch noch eine Form dieser Störung, welche durch eine plötzliche Überanstrengung, infolge selbst eines

einzigen Anfalles von Retention, in einer Periode des erwachsenen Alters und unabhängig von einem organischen Hindernis entsteht. Ein solcher Anfall kann das Resultat einer spasmodischen Striktur sein, welche durch Reizung der muskulösen Urethra durch einen verengerten Meatus urinarius oder eine Striktur der Urethra (selbst durch eine leichte Verengerung des Lumens), oder durch entzündete Hämorrhoiden bei sonst gesunden Personen verursacht wird. Er kann durch temporären Verlust der Sensibilität entstehen, wie durch die Wirkung des Alkohols oder der narkotischen Mittel, oder während des Verlaufes eines mäfsigen Fiebers, oder durch Konvulsionen oder einen Nervenschlag, oder durch Unterdrücken des Bedürfnisses zu urinieren, oder durch sexuelle Reizung oder Exzesse. Das Zurückhalten des Urins infolge irgend einer Ursache kann innerhalb eines Zeitraumes selbst nur weniger Stunden eine Überanstrengung des Muskelgewebes der Blase hervorbringen, indem es den völligen Verlust der Fähigkeit, den Urin freiwillig zu entleeren, bewirkt, welcher Verlust besonders im höheren Alter nicht selten den Gebrauch des Katheters zur Entleerung jedes Urintropfens für die übrige Lebenszeit des Patienten nötig macht.

Beobachtungen über den Gebrauch des Wintergrün-Öls (Oleum Gaultheriae) bei der Behandlung des Tripper-Rheumatismus, von Dr. R. W. Taylor. (*The New York Medical Journal.* 4. Juni 1887. pag. 617.) Die kurze Übersicht über 12 auf diese Weise behandelte Fälle ist folgende·

1. Fall: 24 J. alt; frischer Rheumatismus; Erfolglosigkeit der Alkaloide und Salicylpräparate: prompte Heilung durch Wintergrünöl.

2. Fall: 22 J. alt. Frischer Rheumatismus. Keine Besserung durch die einen Monat lang gebrauchten Salicylpräparate; Sofortige Erleichterung durch Wintergrünöl. Heilung in 10 Wochen.

3. Fall: 21 J. alt. Frischer Rheumatismus. Erfolglosigkeit der Blasenpflaster und Alkalien. Sofortige Linderung und prompte Heilung durch das Öl.

4. Fall: 22 J. alt. Frischer Rheumatismus. Wirkungslosigkeit der Alkalien und Blasenpflaster. Prompte Erleichterung durch das Öl.

5. Fall: 36 J. alt. Frischer Rheumatismus. Umgehende Besserung durch das Öl.

6. Fall: 31 J. alt. Frischer Rheumatismus. Prompte Besserung durch das Öl.

7. Fall: 22. J. alt. Frischer Rheumatismus. Wirkungslosigkeit der Jod- und Salicylpräparate. Besserung durch das Öl und allmähliche Dilatation. Ersteres wirkte auch als Trippermittel.

8. Fall: 19 J. alt. Frischer Rheumatismus Umgehende Besserung durch das Öl, welches zugleich antiblennorrhagische Wirkung hatte.

9. Fall: 30 J. alt. Rheumatismus von 7monatlicher Dauer. Besserung durch das Öl, welches zugleich als antiblennorrhagisches Mittel wirkte.

10. Fall: 26 J. alt. Frische Synovitis des Hüftgelenkes. Wirkungslosigkeit des Öls. Besserung durch Ruhe und Extension.

11. Fall: 32 J. alt. Vorausgehender Rheumatismus. Langsame und ungenügende Wirkung des Öls.

12. Fall: 29 J. alt. Frischer Rheumatismus von weiter Ausdehnung. Umgehende Besserung durch das Öl.

Die Ekzeme und ihre Behandlung, von Dr. J. M. Winfield. (*The New York Medical Journal.* 18. Juni 1887. pag. 683.) Dr. W. hält das Ekzem für gewöhnlicher in Amerika, als anderwärts. Es umfafst etwa ein drittel aller Fälle von Hautkrankheiten, welche in Behandlung kommen. Das Ekzem ist eine vollständig heilbare Krankheit, sofern nur deren Ursache aufgesucht und beseitigt wird. Bei der akuten Form sollte man darauf achten, nicht zu behandeln, wie es in der Regel bei akuten Ekzemen geschieht. Eine milde Schutzsalbe und ein kräftiges Abführmittel innerlich ist der beste Anfang, wenn Verdauungsstörungen das Ekzem begleiten. Dr. W. zieht Nux vomica mit einem der einfachen Tonika, Gentiana oder Cinchona, vor. Wie er im direkten Gegensatz zu der Lehre der Lehrbücher hinzufügt, hat er beobachtet, dafs der Arsenik einen grofsen Teil zur Dyspnoë beim Ekzem beitrüge. Bei chronischen Ekzemen — besonders alter, heftigen rheumatoiden Affektionen an den Extremitäten alter Leute — verteidigt er die salinischen Mittel in reichlicher Menge, ausgenommen, wenn das Herz krank ist. Ein zweckmäfsiges Verfahren bei der Darreichung der salinischen Mittel für alte Leute besteht in der Verbindung derselben mit Digitalis. Um die Schorfe oder Schuppen zu entfernen, benutzt er Sapo viridis, Liquor picis alkalinus oder heifse Umschläge. Er bevorzugt die letzteren; ferner die folgende Salbe, sobald eine stimulierende Wirkung erforderlich ist:

℞	*Hydrarg. chlorat. mit.*	2,0
	Olei cadini	1,0
	Ungt. Zinc. oxyd.	30,0

M. F. ungt.

Wenn das Jucken intensiv ist, fügt er dem obigen Jodoform oder Jodol bei. Die Tinctura Benzoës composita ist vortrefflich um das Jucken zu lindern; sie wird nach Prof. Sherwells Empfehlung auf drei viertel ihrer Menge eingedampft und auf die ekzematösen Teile gestrichen.

Wenn Ekzem mit varikösen Venen kompliziert ist, so hat eine genau angelegte Gummibinde eine ausgesprochene kurative Wirkung.

Die Phimosenoperation als Heil- oder Linderungsmittel einiger nervöser und andrer Symptome, von Dr. G. L. Magruder. (*Journal of Am. Medical Assoc.* 9. April 1887.) Dr. M. erklärte kürzlich, der fortgesetzte Erfolg in der Besserung nervöser und andrer Störungen durch die Operation der Zirkumzision und Zerstörung der zuweilen zwischen dem Präputium und der Glans bestehenden Verwachsungen habe ihn veranlafst den folgenden Bericht über 25 Fälle vorzulegen. Er erkennt Dr. Sayre, wie die Mehrzahl der Autoritäten, die Priorität zu, auf diese Störungen aufmerksam gemacht zu haben.

1. Fall: Bei einem Kinde mufste vom Tage der Geburt an morgens und abends der Katheter eingeführt werden um die Blase zu entleeren. Am 5. Tage entfernte er die Vorhaut mit sofortiger und dauernder Besserung.

2. Fall: 2 J. alt, ging mühsam und strauchelte leicht. Pes valgus war an beiden Füfsen in der Entwickelung begriffen. Verwachsungen des Präputium, welche sich fast bis zum Orificium urethrae erstreckten, wurden getrennt. Die Besserung war am Ende der 4. Woche sehr deutlich.

3. Fall: 2. J. alt, lief noch nicht. Die Fortbewegung wurde auf dem Hinterteil ausgeführt. Das Kind war sehr bald fähig seine Beine zu gebrauchen.

4. Fall: 4. J. alt. Nächtliche Inkontinenz des Urins. Eine totale Zirkumzision brachte vollkommene Heilung.

5. Fall: 11 J. alt. Schmerz im linken Hüftgelenk, der äufseren Seite des Schenkels und dem Kniegelenk. Atrophie der Muskeln der hinteren und inneren Seite des Schenkels. Das linke Bein war viel unbrauchbarer, als das rechte, so dafs es ihn oft zu Fall brachte. Zirkumzision brachte volle Heilung.

6. Fall: 10 J. alt. Litt stets stark beim Urinieren und brauchte viel Zeit um die Blase zu entleeren. Entzündete Vorhaut. Verwachsungen bestanden fast bis zum Orificium urethrae. Auf die Beseitigung derselben folgte ausgesprochene Besserung, und es trat gänzliche Heilung ein, sobald die Wunde der getrennten Adhäsionen geheilt war.

Die übrigen 9 Fälle wurden im *Medical Record* vom 19. November 1881 mitgeteilt und sind wohl bereits berichtet worden.

Tripperrheumatismus besonders bei den Frauen, von Dr. Frank Hartley. (*The New York Medical Journal.* 2. April 1887. pag. 376.) Seitdem Neisser zuerst den pathogenetischen Mikroorganismus der Gonorrhöe entdeckte und Bockhart durch Züchtung und Impfung zeigte, dafs derselbe das ursächliche Agens sei, sind viele mit dem Versuche beschäftigt gewesen, mehr Beweise für die Richtigkeit dieser Entdeckungen aufzufinden. In betreff des Rheumatismus der Gelenke berichtet H. 5 Fälle, in denen 4 mal der Gonokokkus sowohl in den Gelenken, als auch in den Genital- oder Harnorganen gefunden wurde. Obgleich in dem übrigbleibenden Fall keine Gonokokken in den Gelenken gefunden wurden, hält er ihn dennoch für einen zweifellosen, deutlich ausgesprochenen Fall von Tripperrheumatismus. Die sämtlichen Patienten waren weiblichen Geschlechts.

1. Fall: Annie B., 5 J. alt. Die Mutter erklärt, dafs das Fufsgelenk ihres Kindes, welches geschwollen, gerötet und schmerzhaft war, 3 Tage lang so beschaffen war. Es war eine purulente Vulvo-vaginitis vorhanden. Es wurden Proben von dem Fufsgelenk und der Vagina genommen und in weiden Gonokokken gefunden.

2. Fall: Frau T., 26 J. alt. Sie hat 2 Tage lang an ihrem Knie gelitten. Das rechte Kniegelenk war rot, schmerzhaft und angeschwollen. Das parasynoviale Gewebe war mit ergriffen. Es bestand ein reichlicher

schleimigeiteriger Ausfluſs aus der Scheide. Die Urethra war gerötet und geschwollen. Die vulvo-vaginalen Drüsen waren ergriffen. Der Ausfluſs aus dem Cervix war deutlich wahrnehmbar. Proben wurden aus dem Cervix, der Urethra und dem Kniegelenk entnommen. In jeder Probe aus der Urethra wurden Gonokokken gefunden, sowie in einer jeden Probe aus dem Cervix und Fuſsgelenk.

3. Fall: ANNIE S., 8 J. alt, gesehen am 20. August 1886. Die Vulva zeigte sich gerötet und geschwollen, sowie bedeckt mit einem grünlichen schleimigeiterigen Ausfluſs. Die Vagina war, soweit sie gesehen werden konnte, in demselben Zustande. Die Urethra war gleichfalls ergriffen. Gonokokken wurden in 2 von 4 Proben gefunden. 5 Tage später erschien die Patientin mit Synovitis des Interphalangealgelenkes am linken Daumen. Das linke Fuſsgelenk war ebenso affiziert. Vom Daumengelenk wurden 2 Proben entnommen, welche beide Gonokken zeigten.

4. Fall: MARTHA M., 7 J. alt, hatte eine Vulvo-vaginitis mit Rheumatismus, welcher das Knöchel-, Ellbogen- und Handgelenk ergriffen hatte. Das Knöchelgelenk war noch der Sitz einer deutlich ausgesprochenen Synovitis, welche 11 Tage bestanden hatte. Proben aus den Genitalien zeigten Gonokokken. Die Flüssigkeit aus dem Gelenk wurde untersucht, aber keine Gonokken in 11 Proben gefunden. Ein weiterer Versuch Flüssigkeit zu erhalten, wurde von der Mutter verweigert.

5. Fall: SARAH D., 19 J. alt. Das linke Knie zeigte sich geschwollen, fluktuierend, heifs und schmerzhaft bei Berührung. Bewegung war beschränkt und verursachte heftige Schmerzen. Diese Störung begann vor 6 Tagen. 3 Wochen zuvor hatte sie schmerzhaftes Harnlassen mit etwas Brennen in den Genitalien, was einige Tage dauerte. Sie stellte jede venerische Krankheit in Abrede. Sie verweigerte die Untersuchung der Urethra und Vagina. 8 Tage später wurden Proben von dem Kniegelenk untersucht und Gonokokken gefunden. Dr. M. behandelte den Fall mit Drainage und *Irrigation* des Knies mit einer Gallone 2½ %iger Karbolsäurelösung. Sie verliefs nach 5 Wochen das Hospital geheilt.

Ein Beitrag zur Histologie und Pathologie der Hydroa herpetiformis, von Dr. GEORGE T. ELLIOT. (*New York Med. Journ.* 23. *April 1887.* pag. 448.) BAZIN legte im Jahre 1862 den Namen Hydroa zuerst gewissen Formen von vesikulösen und klein-bullösen Eruptionen bei. HUTCHINSON war der erste Engländer, welcher — im *Brit. Med. Journ.* — das Wesen dieser Krankheit feststellte. Unter den Amerikanern sprachen G. H. FOX und L. D. BULKLEY frühzeitig ihre Ansichten aus, indem sie sich nachdrücklich gegen die Unterscheidung der Krankheit erklärten. Später scheint TILBURY FOX (1880) seine früheren Ansichten hinsichtlich BAZINS Klassifikation vollständig geändert und zu dieser Zeit die letztere mit Enthusiasmus acceptiert zu haben. DUHRING erklärt, dafs manche Fälle der sogen. Hydroa zu seiner Dermatitis herpetiformis gehören. Die klinischen Symptome, welche der Hydroa eigentümlich sind, wie sie von dem *verstorbenen*

Tilbury Fox aufgestellt worden sind, hat E. beobachtet, indem er in dem folgenden Falle die Diagnose stellte.

Pat., 23 Jahre alt, Holzdrechsler, mittlerer Gröfse, ist immer und auch damals völlig gesund gewesen, hatte niemals zuvor einen Hautausschlag. Wenige Tage vor dem Ausbruch der Eruption hatte er auf der Erde gelegen und danach gefroren. 2 Tage später bemerkte er eine Anzahl kleiner Blasen längs des Randes des linken Gesichts. 1 Tag später erschien der Ausschlag auf der linken Hand und dem Vorderarm, am folgenden Tage an der rechten Hand und dem Vorderarm. An diesen Teilen erschienen erythematöse Flecke und auf ihnen, verstreut oder in Haufen, kleine, rote, juckende Papeln, welche sich im weiteren Verlaufe in kleine Bläschen verwandelten. Während sich die Krankheit weiter entwickelte, wiederholte sich diese Reihenfolge der Entwickelung. An beiden obern Extremitäten wurden die verschiedenen einzelnen und gruppierten Läsionen voneinander durch Flächen gesunder Haut getrennt. Der Inhalt der Bläschen und Blasen zeigte eine helle Strohfarbe. Obgleich der Ausschlag an den Händen und Unterarmen ganz allgemein war, so war er doch ausgesprochen intensiver längs des Verlaufes des Ulnarnerven. Es wurde Solutio Fowleri und eine lokale Anwendung von Ungt. Zinc. oxyd. verordnet. Nach 6 Tagen waren die Verhältnisse wesentlich besser. Zur Zeit des ersten Besuches des Dr. E. wurde es gestattet, ein Stück Haut vom linken Vorderarm zu excidieren. Hiervon wurden Schnitte angefertigt, gehärtet und mikroskopisch untersucht. Das Resultat war kurz folgendes: Das Stratum corneum war deutlich begrenzt. Die Auflockerung der Lagen desselben fand sich in der Nachbarschaft der Bläschen, war aber besonders bemerkenswert um die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen, wo dieselben durch dieses Stratum dringen. Hierbei wurden kleine Hohlräume mit körnigem Inhalt gefunden. Das Stratum lucidum war kaum nachweisbar. Das Str. granulosum wurde in einer beschränkten Ausdehnung wahrgenommen. Das Rete Malphigi war, entfernt von den Bläschen, normal, während es viel tiefer — um das doppelte und darüber — erschien, sobald die Bläschen näher lagen. Dessen Zellen wurden lang und schmal, mit ihrer Längsachse senkrecht gegen das Corium gerichtet, etwas gelockert untereinander und etwas granuliert. Die Basalschicht des Rete war in Proliferation begriffen, indem sie ihre langen Fortsätze in das Corium ausdehnte. Die Papillen waren abgeplattet. Die Läsionen waren multilokular. Die Fächer waren in den interpapillären Verlängerungen des Rete gelegen, indem sie die Stelle der zerstörten Epithelzellen einnahmen. Die äufsere Wand wurde von dem Stratum corneum, lucidum und granulosum, sowie mehr oder weniger von dem Rete gebildet. Der Punkt, wo die Wand am dünnsten war, war nicht konstant bei allen Bläschen. Die Scheidewände, welche die Fächer trennten, bestanden aus langen, spindelförmigen Epithelzellen. Manche dieser Zellen, besonders jene im Zentrum der Säulen, waren unverändert, während jene in der Nähe des Innenraumes der Fächer sich in allen Stadien der Degeneration befanden.

Der Inhalt der Bläschen bestand aus granulierter Masse, etlichen Eiterzellen und freien Kernen. Das Corium war unter den Läsionen ödematös und es fand sich in demselben eine mehr oder weniger tiefe Infiltration mit kleinen, runden und wandernden Zellen. Die Haarfollikel und Talgdrüsen waren normal. Wichtige Veränderungen fanden sich in den Schweifsdrüsen und ihren Ausführungsgängen. Fast jeder einzelne dieser Gänge zeigte mehr oder weniger Degeneration, entweder in einem einzelnen Abschnitt oder in der ganzen Ausdehnung. Eine Menge Zellen zeigten dasselbe Aussehen, welches sich in den Wandungen der Bläschen fand. An manchen Schnitten sah man, dafs sich ein Ausführungsgang direkt in einen Hohlraum (loculus) an dessen Basis öffnete. Die Zubereitung der Schnitte nach dem Schneiden war nicht derartig, dafs die Nerven besonders deutlich gemacht worden wären; nichts desto weniger war ihre ausgesprochene degenerative Erscheinung so deutlich, dafs sie erwähnt werden mufs. Sie waren sämtlich enorm verdickt, ein wenig grau von Farbe und granuliert, mit kleinen Pigmentklumpen hier und da. Der Axencylinder war fast gänzlich verschwunden. Die Kerne der Schwannschen Scheide waren stets gefleckt, wohl auch etwas an Zahl vermehrt.

Dr. E. schliefst seinen Aufsatz mit den folgenden Schlufsfolgerungen:

1. dafs wir in der Hydroa herpetiformis eine Affektion besitzen, welche ihren Ursprung in einem Degenerationsprozefs der die affizierte Haut versorgenden Nerven nimmt, und dafs hinreichend Grund vorhanden ist, um deren Natur als trophoneurotische zu betrachten.

2. dafs wir als Folge die Bildung von mehr oder weniger gruppierten Bläschen und Blasen haben, welche unmittelbar mit den Schweifsdrüsengängen und durch diese mit den Schweifsdrüsen zusammenhängen.

3. dafs sich die Ursprungsstelle dieser Läsionen vorzugsweise *in* dem Epithel der Schweifsdrüsengänge gerade unter der Hornschicht der Epidermis befindet, von wo sich dieselben auf die Zellen des Rete Malpighi erstrecken.

4. dafs die Affektion von den gewöhnlichen Entzündungserscheinungen begleitet wird, welche jedoch sekundär sind und besonders die Papillarschicht des Corium betreffen.

5. dafs deren histogenetische und genetische, charakteristische Thatsachen genügend unterschieden sind, um dieselbe mit Recht als eine Krankheit zu betrachten, welche von allen andern Krankheiten gesondert ist.

Syphilis ulcerosa cutanea, von Dr. A. Ravogli. (*The Cincinnati Lancet-Clinic.* 28. Mai 1887. pag. 669.) Syphiloderma ulcerosum, Syphilis ulcerosa sind Bezeichnungen, welche keine wirkliche Vorstellung von dem Alter und der Malignität der Syphilis gewähren. Das Wort ulcus mufs mit der Elementarform verbunden sein, welche das Geschwür hervorgebracht hat, wie Syphilis papulo-ulcerosa, Syph. gummo-ulcerosa. Die Einteilung Alibert's in Syphilides pustulantes, vegetantes und ulcerantes können wir jetzt nicht annehmen, denn wir sehen in dem Geschwür nichts

Andres, als das Ende andrer Ausschlagsformen. Dr. R. glaubt, dafs wir Bazins Einteilung in auflösende und ulcerierende Syphilisformen wohl beibehalten könnten, da wir mit der einzigen Ausnahme der Initialläsion wirklich sehen, dafs die frühzeitigen syphilitischen Ausschläge Neigung besitzen, durch Involution zu verschwinden und die späteren stets mit Ulceration zu enden. Von Bärensprungs wissenschaftlicherer Einteilung, welche auf anatomisch-pathologischer Grundlage beruht, glaubt er, dafs wir nicht im stande sind, zu einer ganz bestimmten Entscheidung gelangen zu können, wenn wir nicht die chronologische Anordnung der Krankheit nach Ricords Methode in Betracht ziehen. Virchow stellt die Möglichkeit, das Alter der Syphilis nach der Beschaffenheit und dem Sitz der Affektion zu bestimmen, in Abrede. Aus diesem Grunde teilte er die syphilitischen Läsionen in zwei Arten: die aktive und die passive, indem er zur ersteren alle hypertrophischen und entzündlichen, und zur letzteren alle degenerativen und atrophischen rechnete. Dr. R. teilt die Geschichte dreier Fälle von Syphilis ulcerosa mit, in denen sämtlich schwere Erscheinungen auftraten und zwar von 8 bis zu 14 Jahren nach der Initialläsion. Die gummösen Ulcerationen waren zahlreich und die konstitutionelle Reaktion heftig. In allen wurden tiefe Injektionen von Hydragyrum bichloratum corrosivum gemacht und alle wurden — mit Ausnahme einer Dame, deren Syphilis mehrere Jahre alt und weder als solche erkannt, noch behandelt worden war — schnell unter dessen Gebrauch befreit. In dem Falle der Dame nahmen die Geschwüre nach 20 Injektionen ein besseres Aussehen an, allein es folgten zahlreiche Rückfälle mit frischen Gummata und Nekrosen. Dr. R. schliefst mit folgenden Bemerkungen:

Syphilis wird in dem Stadium ulcerierender Knoten durch merkurielle Behandlung beeinflufst, sobald sie aber in dem gummösen Stadium angelangt ist, hat Merkur keine Wirkung mehr.

Dafs eine regelmäfsige und rationelle Behandlung im sekundären Stadium der einzige Schutz gegen die späteren Konsequenzen dieser Krankheit ist. Alles, was die Vitalität und Kraft des Körpers verringert, vermehrt die Stärke der Syphilis.

Merkurielle Behandlung der Mutter, so lange sie schwanger ist, hat einen günstigen Einfluſs auf das Kind.

Eine seltene Form von Septikämie nach der Operation der Harnröhrenstriktur, von Dr. R. W. Taylor. (*The Medical Record.* 28. Mai. pag. 593.) Ph., 28 Jahre alt, von mäfsigen Gewohnheiten und athletischem Bau. Seine Striktur folgte nach verschiedenen Erkrankungen an Genorrhöe während der letzten 9 Jahre. Sonst hatte er sich voller Gesundheit erfreut. Der Urin wurde unmittelbar vor der Operation untersucht und normal befunden. Die Striktur befand sich an der bulbo-membranösen Vereinigungsstelle und liefs ein Bougie vom Kaliber No. 4 (franz. Skala) passieren. Unter Äther wurde die Striktur mittels eines Maisonneuveschen Instrumentes eingeschnitten und eine Stahlsonde No. 32 (franz. Skala) passierte leicht bis in

die Blase. Es ging anscheinend alles gut bis 16 Stunden später, wo sich der Kranke über eine dumpfe, unbehagliche Empfindung am Perineum, Mattigkeit und Appetitlosigkeit beklagte und erklärte, dafs er seit dem vorhergehenden Abend nicht uriniert habe.

Temp. 101° F., trockene Haut. Es wurde sogleich ein Wasser abführendes Mittel gegeben, welches leicht auf die Därme wirkte. Es wurde eine kleine Quantität Urin entleert. Am Abend war das Allgemeinbefinden dasselbe, aber die Temperatur 104° F. Es wurde ein Infusum Digitalis gegeben und 10 μ von MAGENDIES Lösung subkutan injiziert. Eine Untersuchung des Urins zeigte zu dieser Zeit hyaline und granulierte Formteile in grofser Menge. Am folgenden Morgen war der Pat. sehr hinfällig, sehr nervös, hatte Kopfschmerzen, Übelkeit und grofsen Durst. Temp. 102° F. Die Zunge belegt, Haut trocken, Urin spärlich, Därme unthätig. Er klagte über heftigen Schmerz im Perineum. Die Gewebe längs der Urethra vom Skrotum bis zum Anus waren geschwollen und teigig. Die Situation am Abend war ähnlich, aber ausgeprägter. Temp. 105° F. Die Schwellung hatte sich 6 Zoll nach links ausgedehnt und war mit starker lokaler Hitze verbunden. Am folgenden Tage kurz nach Mittag wurde Dr. T. eilig gerufen. Er fand den Patienten in tiefer, geistiger und physikalischer Agonie, fast zu schwach, sich zu bewegen, gleichwohl so unruhig, dafs er es nicht unterlassen konnte, Versuche zu machen, um seine Lage zu verändern. In den letzten 6 Stunden wurden seine Leiden sehr vermehrt durch heftige Dyspnöe. Die Temperatur war auf 102° F. gefallen, Puls 110, Herzthätigkeit stürmisch. Sein Gesicht hatte ein gequältes und die Nähe des Todes verratendes Aussehen mit einer leichenhaften, erdfarbenen Blässe und eingefallenen Augen, welche von dunklen Ringen umgeben waren. Der ganze linke Hinterteil zeigte von der Urethralgegend an ein eigentümliches Aussehen. Das Integument war, soweit sich die Crista ilei erstreckte, gespannt und heifs. Beim Drücken auf dasselbe verriet sich Ödem und Emphysem. Auf dieser kranken Fläche wurde eine deutliche Herabsetzung der Hauttemperatur bemerkt. Stellenweise zeigte dieselbe eine Bronzefarbe. Zwischen diesen Pigmentflecken fanden sich regelmäfsig ekchymotische Flecke, und zwischen diesen Verfärbungen war die normale Hautfarbe vorhanden, durchkreuzt von dunkelblauen Linien angegeschwollener, überfüllter Venen. Die ödematöse und emphysematöse Beschaffenheit der Haut endete in einer sehr deutlichen Grenze. Die Übelkeit war so stark, dafs kaum etwas Flüssiges behalten werden konnte, während der Durst nicht zu löschen war. Am Abend war der gröfsere Teil des Stammes und das rechte Bein ergriffen worden und das Gesicht schwoll etwas an. Unter schrecklichen Leiden behielt der Patient vollkommen seine intellektuellen Fähigkeiten. 10 Uhr abends betrug die Temperatur der Axelhöhle 97° F. Der Puls so klein und schnell, dafs er nicht gezählt werden konnte. Der Zustand verschlimmerte sich ständig bis 7 Uhr des folgenden Morgens. Er starb 87 Stunden nach der Operation, in hochgradiger Agonie, im vollen Besitze seiner Geisteskräfte, an Schwäche der Herzthätigkeit.

Der Leichnam zeigte ein entsetzliches Aussehen und verbreitete einen unerträglichen Geruch. Der Leib hatte fast das doppelte seiner natürlichen Gröfse und, an einer beliebigen Stelle mit einem Bleistift geklopft gab, er einen Ton ähnlich demjenigen einer Trommel. Die bronzenen und ekchymotischen Flecke hatten die ganze Hautdecke eingenommen, und auf dem Stamme waren grofse Blasen — einige von blutigem Serum angefüllt, andre geplatzt und eine fötid riechende Flüssigkeit absondernd — verstreut.

New York. F. Tilden Brown.

(Übersetzt von Th. A. Kirsten, Leipzig.)

Rufsland.

Ein Fall von Lichen ruber exsudativus Hebrae, von Dr. C. Schadeck in Kiew. (*St. Petersburger Med. Wochenschrift.* 1887. No. 21.) Um seinen Teil zur Lösung der Lichenfrage beizutragen, veröffentlicht Schadeck einen in der dermatologischen Klinik zu Kiew beobachteten Fall von Lichen ruber acuminatus, eine Krankheit, deren selbständige Existenz bekanntlich von einigen Dermatologen negiert wurde. Es handelte sich um einen 21jährigen Feldscherer, welcher seit 2 Jahren krank war. Bei der Aufnahme fanden sich auf der Haut der Brust und des Bauches zahlreiche zerstreute Flecke von runder oder unregelmäfsiger Konfiguration und rotgrauer Farbe. Auf der Haut des Rückens, des Gesäfses, vereinzelt auf dem Bauch, den Extensorenflächen der Arme und Oberschenkel, desgleichen auf der Flexorenfläche der unteren Drittel beider Vorderarme findet man zahlreiche Effloreszenzen von verschiedener Gröfse, die aus Gruppen feiner miliarer, akuminierter Knötchen von sehr derber Konsistenz und dunkelroter Farbe bestehen. Auf jedem Knötchen sitzt eine kleine, feste, trockene, schwer ablösbare Schuppe. Die Haut des Kopfes, des Gesichts, des Halses und des oberen Teiles des Rumpfes ist frei von Exanthem. Kratzeffekte sind nicht vorhanden, jedoch klagt Pat. über Jucken. Bläschen und Pusteln wurden nicht beobachtet. Die Therapie bestand innerlich in Arsenik bis 0,1 pro die, äufserlich in Einreibungen mit Unnascher Salbe. Der Erfolg der $1^1/_2$ Jahr fortgesetzten Behandlung war derartig, dafs die alten Knötchen öfter schwanden unter Hinterlassung gelbgrauer Flecke, dafs jedoch stets neue auftraten, so dafs der Patient auch bei seiner schliefslichen Entlassung nicht gänzlich geheilt war.

Im Anschlufs an die Beschreibung wird die differentielle Diagnose gegenüber Syphilis und Lichen scrophulosorum besprochen, welche Krankheiten beide ausgeschlossen werden können.

Aus der Arbeit ist leider nicht ersichtlich, ob wirklich während des ganzen halben Jahres eine Schmierkur mit der Zinksublimatkarbolsalbe durchgeführt wurde. Ich möchte es bezweifeln, da doch jedenfalls Allge-

meinerscheinungen durch den langen Gebrauch von Sublimat und Karbolsäure aufgetreten wären, deren aber keine Erwähnung geschieht.

Altona. APPEL.

Verschiedenes.

Antifungin (borsaure Magnesia) als Antiseptikum, von H. OPPERMANN. Das Magnesiumborat gehört, in einer bisher nicht bekannten, leicht löslichen Form dargestellt, zu den besten Antisepticis unsres Arzneischatzes. Eine 15 %ige Lösung des Präparates leistet bei allen ansteckenden Krankheiten die vorzüglichsten Dienste, ganz besonders aber bei Typhus und Diphtheritis, weiter bei Husten, Keuchhusten, Asthma und schliefslich bei Behandlung von Wunden. Angewandt wird die Lösung teils als Inhalation (bei Asthma), teils innerlich (5—20 Tropfen) ein- bis zweistündlich, je nach dem Alter des Kranken bei Typhus, Diphtherie etc. und schliefslich als Desinficiens für Krankenzimmer, in welcher letzteren Form sie nicht allein die Pilze, sondern auch den Kohlensäure- und Ammoniakgehalt der Zimmerluft unschädlich macht.

Die als Antifungin zur Verwendung bestimmte borsaure Magnesia stellt ein weifses, süfs schmeckendes, der Gesundheit unschädliches Pulver dar, welches sich in vier Teilen kochendem Wasser löst und nach dem Erkalten auch gelöst bleibt.

Da durch Einwirkung des Lichtes die Lösung getrübt wird und aus derselben ein Teil des Salzes auskristallisiert, ist es nötig, die Lösung in undurchsichtigen Gefäfsen zu bereiten und in schwarzen Flaschen aufzubewahren. (*Apoth.-Ztg.*; *Ztschr. d. allg. österr. Apoth.-Ver.*; *Chem. Centr.-Bl.* 1887. pag. 724.)

Ein sehr intensives Desodorans für Jodoform ist Terpentinöl. Dasselbe eignet sich zum Entfernen des Jodoformgeruches von den damit beschmutzten Händen. Hierzu werden die betreffenden Stellen mit Terpentinöl eingerieben und in einer halben Minute mit Seifenspiritus oder mit gewöhnlicher Seife nachgewaschen. Auf gleiche Weise lassen sich mit Jodoform beschmutzte Löffel und andre Gerätschaften reinigen. (*Zeitschr. des allg. österr. Apoth.-Ver.*; *Chem. Centr.-Bl.* 1887. pag. 725.)

Personalien.

Professor LANG (Innsbruck) ist als Nachfolger von AUSPITZ nach Wien berufen worden.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 23. 1. Dezember 1887.

Über Hauterkrankungen bei Haustieren.

Von

Dr. phil. Georg Müller,

Dozent an der kgl. Tierarzneischule in Dresden.

Hauterkrankungen treten bei den Haustieren zwar sehr häufig auf, bieten aber nicht jene Vielseitigkeit, in welcher wir sie beim Menschen beobachten können.

Es dürfte diese Thatsache teils darauf zurückzuführen sein, dafs eine Anzahl von Hauterkrankungen des Menschen beim Tiere überhaupt nicht vorkommt, teils auch darauf, dafs dem Studium der Hautkrankheiten seitens der Tierärzte bis jetzt nur eine teilweise Aufmerksamkeit gewidmet worden ist. Dieses Studium wird nämlich nicht unerheblich dadurch erschwert, dafs die behaarte und meist pigmentierte Tierhaut eine auffallende Verschiedenheit selbst der heterogensten Effloreszenzen häufig nicht hervortreten läfst und so die Charakteristik ganz enorm erschwert. Nur die Haut des Schweines zeigt Verhältnisse, welche der Haut des Menschen nahezu analog sind, aber gerade das Schwein ist dasjenige Haustier, welches am wenigsten von Erkrankungen seiner allgemeinen Decke heimgesucht wird.

Am meisten erkranken nämlich Hund, Pferd und Schaf, seltener die übrigen Tiergattungen.

Die von den verschiedenen Autoren bis jetzt inne gehaltene Klassifikation der Dermatosen gestaltete sich ziemlich einfach. Am gebräuchlichsten ist die Einteilung derselben in akute und in chronische Hautausschläge. Es dürfte diese Einteilung indessen deshalb nicht ganz brauchbar sein, weil manche Haut-

erkrankungen, so z. B. das beim Tiere sich in den mannigfaltigsten Formen präsentierende Ekzem, sowohl akut wie chronisch zu verlaufen pflegen.

Den Bedürfnissen entsprechender ist die Klassifizierung in parasitäre und nicht parasitäre Hauterkrankungen, wobei indessen zu bemerken ist, dafs es eine grofse Anzahl von Dermatosen besonders mykotischer Natur gibt, bei denen die Frage ihrer Entstehung von den einzelnen Autoren durchaus nicht übereinstimmend beantwortet wird. Trotzdem wird es wohlgethan sein, dieses System zu acceptieren und weiter auszubauen, da in der Pathologie immer mehr die Ansicht sich Bahn bricht, dafs das wissenschaftliche Einteilungsprinzip auf der Berücksichtigung der Ursachen zu beruhen hat, also ein ätiologisches sein mufs.

Der Versuch schliefslich, die Hauterkrankungen nach dem pathologisch-anatomischen Befunde in Klassen zu bringen, wird daran scheitern müssen, dafs ein und dieselbe anatomische Veränderung bei verschiedenartigen Dermatosen vorkommen kann und dafs eine grofse Anzahl derselben ihre spezielle Erforschung noch zu erwarten hat.

Diese letztere Thatsache dürfte wohl auch der Grund sein, dafs es vorläufig unmöglich ist, für unsre Zwecke das vorzügliche System von Auspitz zu acceptieren, welches von seinen neun Klassen bekanntlich sieben auf die veranlassenden Ursachen gründet und nur zwei auf eine pathologisch-anatomische Grundlage stellt.

Für seine kritischen Übersichten wird Referent die tierischen Hauterkrankungen in folgender Reihenfolge abhandeln:

I. Nichtparasitäre Hautkrankheiten.

1. Erythema simplex.
2. Dermatitis erythematosa.
3. Ekzema.
4. Prurigo.
5. Akne.
6. Pemphigus.
7. Urticaria.
8. Erysipelas.
9. Dermatitis gangraenescens.

II. Parasitäre Hautkrankheiten,

a. durch pflanzliche Parasiten veranlafst.

10. Alopecia.
11. Favus.
12. Herpes tonsurans.
13. Dermatitis canadensis (Axe).
14. Stomatitis pustulosa contagiosa.

b. durch tierische Parasiten veranlafst.

15. Scabies.
16. Acarus.
17. Dermatitis pruriginosa (Rivolta).
18. Haematopinus und Trichodectes.
19. Ixodes, Dermanyssus, Pulex, Simulia, Oestrus, Ochromyia, Lucilia, Leptus.

1. Erythema simplex.

Dasselbe stellt bei den Tieren einen akuten Prozefs der allgemeinen Decke dar, welcher sich zu erkennen gibt durch mäfsige Hyperämie des Koriums in seinen obersten Schichten.

Eine solche Hyperämie wird bewirkt durch äufsere Reize, so z. B. Traumen, chemische Reize, hohe und niedere Temperaturen, also durch Einflüsse, welche eine Erweiterung der Gefäfse und Hyperämie der Haut zu stande bringen. Bei Hunden sind es besonders die Einwirkungen ammoniakalisch gewordenen Harnes, welche in der Umgebung der Harnröhrenmündung einen erythematösen Ausschlag zur Folge haben können.

Die Erscheinungen bestehen in einer lebhaften arteriellen Rötung der Haut, welche auf Fingerdruck verschwindet, um sofort nach dem Aufhören des Drucks wieder zurückzukehren. Diese Rötung ist natürlich nur an unpigmentierten Hautstellen sichtbar, so dafs das Erythem bei den Tieren nur unter ganz bestimmten Bedingungen wahrnehmbar ist. Fast immer ist die betreffende Partie gleichmäfsig und ununterbrochen gerötet, höchst selten ist jene fleckige Rötung wahrzunehmen, welche man beim Erythema hominis gelegentlich beobachten kann.

Juckgefühl ist beim reinen Erythem nur ausnahmsweise (Hund) vorhanden.

Der Verlauf ist in der Regel so, dafs das Erythem nach

Aufhebung der Ursachen verschwindet, ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen; nur bei höherer Intensität kommt es zu einer nachträglichen Desquamation der Oberhaut, oder es hinterbleibt ein mehr oder weniger dunkelgeröteter Fleck, der nur sehr langsam verschwindet.

Die Therapie des Erythems berücksichtigt zunächst die Beseitigung der Schädlichkeiten und wendet dann Umschläge von Bleiwasser oder Karbolwasser, Salben von Zinkoxyd, Bleiessig oder Salicylsäure, schliefslich Höllensteinlösungen an, letztere besonders dann, wenn ein heftiger Juckreiz auftritt.

2. Dermatitis erythematosa.

Dieselbe unterscheidet sich vom einfachen Erythem dadurch, dafs das Stratum mucosum durch vermehrte Exsudation und Zelleneinwanderung geschwollen ist und dafs manchmal das Stratum corneum in Form seröser Bläschen abgehoben und hin und wieder auch abgestofsen wird.

Es bildet somit die D. erythematosa den Übergang zum Ekzem und präsentiert sich vorzugsweise beim Schafe in der Form des

Buchweizenausschlages (Fagopyrismus).

Derselbe tritt auf, sobald Schafe mit Polygonumarten — besonders mit Polygonum Fagopyrum — gefüttert und danach den Einwirkungen der Sonnenstrahlen ausgesetzt werden. Es hat nicht an Erklärungen über diese sonderbare Thatsache gefehlt. Die naheliegendste ist jedenfalls die, dafs nach dem Genusse des Buchweizens eine erhöhte Thätigkeit der Blutzirkulation zu stande kommt und dafs dann die Sonnenstrahlen das ihrige thun zur Entstehung eines „Erythema solare."

Von andern Seiten wird dagegen behauptet, dafs nicht der Buchweizen als solcher den Fagopyrismus hervorrufe, sondern dafs derselbe veranlafst werde durch auf dem Buchweizen schmarotzende Befallungspilze, welche, mit der Haut der betreffenden Tiere zusammenkommend, dieselbe in einen Reizungszustand versetzen, der besonders dann zur Ausbildung gelange, wenn die Haut durch die Sonnenstrahlen in eine erhöhte Aktivität versetzt worden sei.

Der dem Referenten zur Verfügung stehende Raum gestattet leider nicht, auf das Für und Wider dieser und andrer Theorien näher einzugehen.

Die durch Polygonum veranlafste D. erythematosa wird übrigens nicht nur bei Schafen, sondern hin und wieder auch bei weifsen Schweinen und an den weifsen Hautstellen der Pferde und Rinder beobachtet.

Sie lokalisiert sich in der Regel am Kopfe, ist verbunden mit sehr starkem Juckreiz, manchmal auch mit Kongestivzuständen nach den Schleimhäuten der Luftwege, selbst nach dem Gehirn.

Charakteristisch ist, dafs die Krankheit nicht auftritt bei schwarz angestrichenen weifsen Tieren, bei Tieren, welche im Stalle gehalten werden oder nur bei trübem Wetter die Weide beziehen, und dafs sie sofort verschwindet, sobald die erkrankten Tiere an einen dunklen Ort gebracht werden. Nur eine mehr oder weniger lange anhaltende Desquamation der Oberhaut erinnert an die verflossene Hautaffektion.

Die Therapie ergibt sich aus dem Gesagten von selbst.

3. Ekzema.

Das bei den Haustieren auftretende Ekzema verläuft sowohl akut wie chronisch und ähnelt insofern sehr dem Ekzem des Menschen, als es mit ihm die einzelnen Stadien vollkommen gemeinsam hat.

Zunächst entsteht eine Hyperämie der Haut mit seröser Durchtränkung der einzelnen Papillen und Einwanderung weifser Blutkörperchen in dieselben: Stadium papulosum.

Bald indessen kommt es zur Zunahme der Exsudation in den aufgefahrenen Papeln, zur Trennung der Hornschicht vom Rete Malpighi: Stadium vesiculosum.

Wenn nun die Horndecke mächtig genug ist, dem andringenden Exsudate für einige Zeit Widerstand leisten zu können, so wird der Inhalt der Bläschen durch Einwanderung farbloser Blutzellen allmählich milchig, füglich eiterig: Stadium pustulosum.

Im andren Falle bersten die Bläschen, die Haut erscheint

auf gröfsere Strecken diffus gerötet, an Stelle jedes Bläschens findet sich ein epidermoidaler Substanzverlust, das Exsudat sickert frei auf der Oberfläche aus: Stadium madidans.

Die aussickernde Flüssigkeit trocknet natürlich sehr bald zu Borken und Krusten, deren Farbe und Konsistenz je nach dem Gehalt der aussickernden Flüssigkeiten an zelligen Elementen verschieden sein mufs: Stadium crustosum sive impetiginosum.

Nach allmählicher Rückbildung aller Effloreszenzen findet für einige Zeit noch eine Überproduktion von Epidermis statt, welche Veranlassung gibt zur Bildung von locker haftenden Schuppen: Stadium squamosum.

Dieser schematische Verlauf wird indessen nur selten vollkommen beobachtet werden. Zunächst wird die Behaarung und Pigmentierung der Haut einzelne Stadien leicht übersehen lassen; dann gibt es viele Ekzeme, bei denen das Stadium papulosum sogleich in das Stadium squamosum übergeht, oder bei denen sich das letztere sogleich aus einer Dermatitis erythematosa entwickelt (s. früher); schliefslich werden in den meisten Fällen die Tiere selbst dazu beitragen, das charakteristische Krankheitsbild zu verwischen.

Es ist nämlich mit dem Ekzem — besonders mit den akut verlaufenden Formen desselben — ein ziemlich heftiger Juckreiz verbunden, welcher das Tier zu immer erneuten Reiben und Kratzen veranlafst und so bewirkt, dafs auch die tieferen Hautschichten in den Bereich der Entzündung gezogen werden.

1. Beim Pferde tritt das Ekzem auf

a. als Schwindflechte.

Ein papulöses Ekzem, welches nur selten zur Ausbildung von Bläschen führt, sondern meist direkt ins desquamierende Stadium übergeht und zur Zeit des Haarwechsels recht häufig beobachtet werden kann.

b. als Mauke (Schmutz-, Schrundenmauke).

Ein in der Beugeseite des Fessels durch Traumen der verschiedensten Art veranlafstes vesikuläres Ekzem, welchem sehr schnell das Stadium madidans und schliefslich das Stadium crustosum nachfolgt.

c. als Raspe.

Ein chronisches Ekzem, bei welchem aus einer Dermatitis erythematosa mit Übergehung der Zwischenstufen sofort die squamöse Form folgt, und welches sich meist durch sehr bedeutende wulstige oder schwielige Verdickungen der Haut auszeichnet. Lieblingssitz: Beugeseite des Vorderknies und des Sprunggelenkes.

d. als Mähnen- und Schweifgrind.

Ein an den langbehaarten Körperteilen, namentlich am Kamme und am Schweife auftretendes pustulöses Ekzem, welches für die erste Zeit aus naheliegenden Gründen übersehen wird und deshalb zu bedeutenden Strukturveränderungen der Haut und zu bleibendem Haarausfall führen kann.

c. als Kleien- und Schuppenflechte (Hungerräude).

Ein an bevorzugten Körperstellen (Kopf, Mähnengrund, Schweifwurzel etc.) allmählich erscheinendes squamöses Ekzem, bei dem es zur vorherigen Bildung von Papeln resp. Bläschen nicht erst zu kommen pflegt.

2. Beim Rinde tritt das Ekzem auf in Form der Kleien- und Schuppenflechte, der Schmutzmauke (s. Pferd), ganz besonders aber in Form der

Schlempemauke.

Ein einfaches, in der Regel alle Stadien durchlaufendes Ekzem, welches an den Fufsenden der Hinterbeine beginnt und sich unter Umständen auch auf andre Körperstellen verbreiten kann. Es kommt bei Rindern (besonders Mastrindern) vor, welche mit gröfseren Mengen Kartoffeln in jeder Form und Zubereitung gefüttert werden, besonders mit Kartoffelschlempe, rohen, gekeimten Kartoffeln oder mit Kartoffelkraut.

Das eigentliche schädigende Agens glaubt man jetzt in den schädlichen Stoffen gefunden zu haben, welche in der Kartoffel enthalten sind oder bei der Bereitung der Schlempe erzeugt werden (Solanin, Fuselöl, organische Säuren, starker Gehalt an Kalisalzen), doch ist man über die Bedeutung der einzelnen Stoffe noch nicht ins klare gekommen.

Eine der Schlempemauke ähnliche Hauterkrankung ist übrigens auch nach dem Genusse von Weintrebern beobachtet worden (Traubenkammkrankheit).

3. Beim Schafe kommt das Ekzem vor

a. als Schwindflechte (falsche Krätze).

Ein papulöses Ekzem mit nachfolgender Desquamation der Oberhaut, welches besonders gern am Halse auftritt.

b. als Maulgrind (Maulräude).

Ein zirkumskriptes, vesikuläres Ekzem, welches schnell in die krustierende Form übergeht und sich bei jugendlichen Tieren in der Umgebung der Maulspalte entwickelt.

c. als Regenfäule (nasse Räude).

Infolge anhaltenden Regens findet bei Weideschafen eine Erweichung der Epidermis auf der Haut der obern Körperpartien statt, und es entwickelt sich infolge dessen ein einfaches Ekzem, welches in der Regel vollkommen schematisch verläuft und einen nicht unbedeutenden Wollverlust zur Folge hat.

4. Beim Schweine tritt das Ekzem auf als Rufs (Pechräude) der Ferkel.

Ein Ekzema pustulosum, welches bald ins Stadium impetiginosum übergeht, in dem letzteren i. d. R. längere Zeit verharrt und seine mittelbare Ursache in einer skrofulösen Dyskrasie zu suchen hat.

5. Beim Hunde tritt das Ekzem an gewissen bevorzugten Körperstellen (Rücken, Kopf, Hals, Aufsenfläche der Extremitäten etc.) in hochgradiger Polymorphie zutage. Besonders sind es ältere, sehr gut genährte Hunde (Pinscher, Leonberger, Jagdhunde), welche mit Vorliebe vom Ekzem befallen werden, und diese Thatsache mag dazu geführt haben, dafs von verschiedenen Seiten das Ekzema canis als eine konstitutionelle Krankheit aufgefafst wird, deren äufseres Symptom die Hauterkrankung ist, etwa wie die Gelenkentzündung das äufsere Symptom der Gicht. Indessen dürfte diese Theorie ebenso wenig absolut zu beweisen sein, wie die Annahme, dafs das Ekzem des Hundes mykotischer Natur sei. Jedenfalls wird man das Richtige treffen, wenn man den Satz aufstellt, dafs das Ekzema canis per se ein rein artifizielles ist, dafs aber durch gewisse Konstitutionsveränderungen die Haut in ihrem Ernährungszustande und somit auch in ihrem Widerstande gegen Traumen so herabgesetzt werden kann, dafs die Entstehung ekzematöser Hautausschläge durch äufsere Reize aufserordentlich erleichtert wird.

Trotz der durch das heftige Kratzen und Scheuern wesentlich vermehrten Vielgestaltigkeit der Formen können wir in der Hauptsache drei Grundtypen unterscheiden:

Der erste Typus beschränkt sich, zunächst wenigstens, auf kleinere, unregelmäfsig begrenzte Stellen. Der Ausschlag beginnt als Ekzema papulosum, geht schnell durch Umwandlung der Papeln in Bläschen ins Stadium vesiculosum und füglich ins Stadium madidans über; weniger schnell folgt diesem das Stadium crustosum.

Der zweite Typus hat die Tendenz zu flächenhafter Ausbreitung; er beginnt als Ekzema papulosum; die nur vereinzelt stehenden Papeln werden aufgekratzt oder wandeln sich in Pusteln um, später bilden sich kleine Schorfe, unter denen die Regeneration der Epidermis vor sich geht.

Der dritte Typus hat eine eminente Neigung zum chronischen Verlauf. Die erkrankte Haut ist, da die sehr kurzen Vorstadien regelmäfsig übersehen werden, in weiter Verbreitung geschwollen, infiltriert, anfangs weifs und später mit Schorfen bedeckt, die in der Regel infolge der durch Kratzen veranlafsten Blutungen dunkel gefärbt sind. Später erinnern dann partieller Haarmangel, Hautverdickung und starke Desquamation der Epidermis noch lange an das überstandene Leiden.

Die Therapie des Ekzems wird wesentlich erschwert durch die Unmöglichkeit, schützende Verbände anzulegen und die Tiere vom Scheuern, Kratzen u. dergl. abzuhalten.

Nächst Entfernung der Ursachen und gründlicher Reinigung und Reinhaltung der affizierten Hautpartien wenden wir an:

a. im Stadium papulosum und vesiculosum: kühlende, deckende, reizmildernde Mittel in Salbenform (Ung. zinc., plumbi, diachylon Hebr., praecipitat. alb., salicylatum), oder in Streupulverform (Zinc. oxydat. 1, Amylum 5).

b. im Stadium madidans und impetiginosum: austrocknende, schrumpfende Mittel in Salbenform (Ung. tannic., plumbi tannici, acidi borici [Gresswell]), Pulverform (Acid. salicylic. oder Jodoform mit Amylum oder Cort. Quercus), oder in Lösung (Solut. argent. nitric. 1 : 15, Solut. hydrarg. bichlorat. 1 : 100 bis 200).

c im Stadium squamosum und bei allen chronischen Ekzemen mit starker Infiltration der Haut: Kaliseife, konzentr. Lösungen von Ätzkali, Pix liquid., Karbolöl, Karbolglycerin. Chrysarobin, Ichthyol, Jodoform (Popow), Naphthalin (Schadrin).

Bei Hunden pflegt man hin und wieder auch auf die früher erwähnten mittelbaren inneren Ursachen Rücksicht zu nehmen durch Verabreichung von Abführmitteln (Aloë, Kalomel) oder Arsen.

4. Prurigo.

Der unter diesem Namen beim Pferd, Rind und Hund sehr selten vorkommende und nur wenig erforschte „Juckausschlag" kennzeichnet sich dadurch, dafs, wahrscheinlich aus inneren Ursachen, meist über den ganzen Rumpf verbreitete, sehr zerstreut sitzende, kleine, weiche oder auch mehr derbe Knötchen auffahren, die nur wenig über das normale Hautniveau hervorragen und mit sehr heftigem Juckreiz einhergehen. Infolge dessen werden die Knötchen bald nach ihrem Entstehen durch Scheuern aufgerieben und bedecken sich an ihrer Spitze mit einem Blutschörfchen. Alle weiteren Veränderungen in der Haut sind lediglich das Resultat des Scheuerns und Kratzens.

Die Therapie dieser meist sehr hartnäckigen, aber nicht unheilbaren Dermatose bestand bisher in der innerlichen Anwendung von Laxantien, Diureticis, Arsen, und in der lokalen Anwendung von schwachen Lösungen von Ätzkali, Karbolsäure, Salicylsäure, Sublimat, von Pix liquid. etc. Es scheint, dafs man durch geeignete Hautpflege und geregelte Verdauung immer noch die meisten Erfolge erzielen kann.

Manche Autoren haben beim Pferde und Rinde noch ein Hautjucken ohne Knötchenbildung beobachtet, welches wohl als eine Sensibilitätsneurose aufgefafst und mit dem Pruritus cutaneus des Menschen verglichen werden kann.

5. Akne.

Eine der Akne vulgaris des Menschen entsprechende Eruption von vereinzelt oder gedrängt sitzenden linsen- bis erbsengrofsen, entzündlichen Knötchen, von denen jedes an den Ausführungs-

gang einer oder mehrerer Talgdrüsen gebunden ist und beim Druck eine schmierige, talgige Masse entleeren läfst. Die Krankheit tritt beim Pferde und beim Schafe im Sommer an allen Körperstellen, besonders am Halse, auf und nimmt nur dann, wenn sie, was übrigens sehr selten vorkommt, mit Juckreiz bezw. Reiben und Scheuern verbunden ist, oder wenn auf die erkrankten Hautstellen ein anhaltender Druck durch Geschirrteile etc. ausgeübt wird, insofern einen unerwünschten Verlauf, als es durch Konfluenz der Knoten zur Bildung von gröfseren Eiterherden und schliefslich zu Zurücklassung schwieliger Narben kommen kann.

Die Therapie bezweckt die Entleerung des Knötcheninhaltes und die Offenhaltung der Follikelmündungen. Wir bewirken dies durch Ausdrücken der Knötchen, Entfernung der Schörfchen, Waschungen mit Kaliseife, Spiritus saponato kalinus, Sublimatlösung, Karbolglycerin und dergl. mehr. Mit Eintritt der kühleren Jahreszeit pflegen sich übrigens die Effloreszenzen in der Regel von selbst zu verlieren.

6. Pemphigus.

Diesen Namen führt eine nur höchst selten auftretende entzündliche Hautkrankheit, bei welcher unter Eruptionsfieber sich auf der normalen oder erythematösen Haut prall mit serösem Inhalte gefüllte Blasen von Erbsen- bis Hühnereigröfse erheben. Die Blasen bersten, ihre Decken trocknen mit dem Sekret der exkoriierten Flächen zu Krusten ein, und es erfolgt Restitution der Epidermis unter Zurücklassung glänzender Hautstellen. Die beiden in der Litteratur verzeichneten Beobachtungen sind bei Rindern von Seaman 1852 und Loiset 1858 gemacht worden. Weitere Fälle wurden nicht bekannt.

In der Mitte zwischen Pemphigus und Ekzema vesiculosum dürfte eine Dermatose stehen, welche bei Pferden besonders in der Umgebung der Maulspalte und der Nasenöffnungen vorkommt und als „Herpes labialis“ oder „Hitzausschlag“ beschrieben wird. Unter Eruptionsfieber entstehen auf geröteter, mäfsig ödematöser Basis dichtgedrängte linsengrofse Bläschen, welche bersten oder zu kleinen, gelben oder bräunlichen Börkchen eintrocknen. Nach kurzer Zeit ist in der Regel der Epidermisverlust unter Zurück-

bleiben glänzender, hell pigmentierter Flecke wieder ersetzt, so dafs die Krankheit selten länger als eine Woche andauert.

7. Urticaria.

Mit diesem Namen bezeichnen wir eine bei Pferden, Rindern, Schweinen und Hunden zur Beobachtung gelangte akute Dermatitis, welche mit der Entwickelung scharf begrenzter Quaddeln einhergeht, die entstehen infolge einer stärkeren Füllung der Gefäfse und einer serösen Durchtränkung des Coriums und des Corpus papillare.

Die Urticae lassen sich nur beim Schweine infolge seiner meist unpigmentierten und fast haarlosen Haut schön erkennen. Man findet nämlich bei diesem Tiere, dafs die Quaddeln in der Regel etwa thalergrofs sind, sich 1—2 mm über die normale Haut erheben und teils gerötet erscheinen, teils blafs, und von einem roten Hof umgeben sind. Unter Umständen kann es zum Konfluieren der Quaddeln kommen, so dafs sich weit ausgebreitete, diffus gerötete Anschwellungen ausbilden, oder es können die Urticae infolge kleiner Hämorrhagien ins Corpus papillare eine lebhaft dunkelrote Färbung annehmen,.

Als Begleiterscheinungen des fast stets schnell vorübergehenden Ausschlages treten bei allen Tieren in der Regel Fiebererscheinungen und Störungen der Magendarmfunktionen ein, und es scheint, dafs in vielen Fällen diese Verdauungsstörungen als die nächste Ursache zum Entstehen des Exanthems angesehen werden müssen. Da aufserdem die Urticaria durch den Genufs mancher an und für sich unschuldigen Nahrungsmittel (roher Kartoffeln, Hülsenfrüchte, Buchweizen etc.) und noch durch viele andre Ursachen hervorgerufen werden kann, so wird man wohl berechtigt sein, die Urticaria der Tiere für identisch mit der gleichnamigen Krankheit des Menschen zu erklären und als ihre Grundursache eine Innervationsstörung der vasomotorischen Nerven der Hautgefäfse zu betrachten, die entstehen kann durch die verschiedensten auf die verschiedensten Körperstellen einwirkenden Reize.

Beim Pferde und Rinde tritt die Urticaria auf

a. als Nesselfieber.

Unter Eruptionsfieber treten die Quaddeln sehr rasch gleich-

zeitig an verschiedenen Körperstellen hervor und häufen sich manchmal so, dafs sie konfluieren und bis handtellergrofse Flecke bilden. Nur selten kommt es zu deutlicher Entwickelung von Blasen, welche sich durch stärkere Exsudation aus den Quaddeln herausbilden, später bersten und verschorfen. Höhere Rötung und Juckreiz fehlen. Eine Behandlung ist unnötig, da das Exanthem auffällig schnell vorübergeht.

b. Nefselsucht.

Die Quaddeln treten ohne Fieber hervor, stehen nur vereinzelt, verschwinden bald, werden aber ununterbrochen durch neue Quaddeln abgelöst, so dafs das Leiden Monate hindurch andauert und in der Regel erst nach kräftigen Purganzien (Aloë) völlig verschwindet.

Beim Schweine führt die Urticaria den Namen Nesselfieber. Die Form der unter erheblichem Fieber und ausgesprochenem Gastrizismus an verschiedenen Körperstellen auffahrenden Quaddeln ist oben bereits beschrieben worden. Das Exanthem geht in der Regel in wenigen Tagen von selbst vorüber, und nur in seltenen Fällen wird man nötig haben, neben eröffnendem Futter Laxantien und Clysmata anzuwenden.

8. Erysipelas.

Unter Erysipel verstehen wir eine bei den gröfseren Haustieren meist an den Extremitäten als „Einschufs“ auftretende Entzündung der äufseren Haut, welche sich durch ihre Neigung zu rapider flächenhafter Ausbreitung auszeichnet, meist mit rasch ansteigendem, aber ebenso schnell nach einigen Tagen abfallendem Fieber verbunden ist und von irgend einer Kontinuitätstrennung der allgemeinen Decke, meist von kleinen, unscheinbaren Abschürfungen in der Beugeseite des Fessels, seinen Ausgang nimmt.

Kurz nach dem Ausbruch eines mehr oder weniger heftigen Fiebers, manchmal auch nach deutlichem Gastrizismus, tritt an einer umschriebenen Stelle eine vermehrt warme, mäfsig derbe, höchst schmerzhafte, bei unpigmentierter Haut auch lebhaft gerötete Anschwellung auf, die sich wenig über das normale Hautniveau erhebt und sehr schnell weiterschreitet.

Diese Anschwellung überzieht schliefslich meist die ganze Ex-

tremität und grenzt sich von der normalen Haut in der Regel mit einem etwas erhabenen, selbst wulstartigen Saume ab; selten ist der Übergang allmählich.

In heftigen Fällen kann es zur Bildung von Blasen kommen, die mit einer eiterigen Flüssigkeit gefüllt sind, bersten und kleine Exkoriationen hinterlassen. Auch Entzündungen der dem erkrankten Hautgebiete angehörenden Lymphgefäfse und Lymphdrüsen werden hin und wieder beobachtet.

Die Therapie dieser mit höchst seltenen Ausnahmen günstig verlaufenden und sicherlich durch einen Streptokokkus veranlafsten Hauterkrankung besteht meist nur in lauwarmen, die Spannung mindernden Bähungen mit Seifenwasser und öfterem Einölen der Haut mit Karbolöl oder Karbolglycerin, da alle vermeintlichen Specifica bis jetzt im Stiche gelassen haben. Solche sind: Kampfersalbe, Jodlösungen, Resorcinsalbe und subkutane Einspritzungen von Karbolwasser oder Sublimatlösung.

9. Dermatitis gangraenescens (Brandmauke).

Durch Traumen verschiedenster Art (Befallungspilze, starke Sonnenhitze, anhaltende Nässe, Schnee, Eis etc.) kommt es bei Pferden und Rindern, besonders an den weifs behaarten Stellen der Extremitäten (Fesselbeuge) zu kleineren oder gröfseren Gangränezierungen der Haut, nach deren Demarkation und Elimination Narben zurückbleiben. Wahrscheinlich wird durch die genannten Schädlichkeiten die Zirkulation sistiert und so das Absterben der Haut veranlafst.

Die Therapie besteht in der Entfernung der nekrotischen Gewebsfetzen und Anwendung antiseptischer Mittel.

(Fortsetzung folgt.)

Über die bei der anästhetischen Lepra im Rückenmarke vorkommenden Bacillen.[1]

Von

Dr. D. Chassiotis,

Privatdozent für Histologie und Prosektor am pathologisch-anatomischen Institute zu Athen.

Mit 2 chromolithographischen Tafeln.

Die bis jetzt über die Krankheitsursache der unter verschiedenen charakteristischen Formen auftretenden Lepra angestellten Untersuchungen befafsten sich bekanntermafsen, seitdem Armauer Hansen[2] und Neisser[3] den Beweis für die Existenz des Leprabacillus geführt haben, erstens mit dem Leprabacillus selbst, zweitens mit den sogenannten leprösen Zellen, wie sie schon lange vorher Virchow[4] benannt hat, drittens mit dem Eindringen der Bacillen als auch der leprösen Zellen in den Organismus und ihrer Entwickelung, viertens mit den dadurch in den Geweben herbeigeführten pathologischen Veränderungen, und endlich mit der Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Kontagiosität durch das Experiment — Hillairet und Gaucher[5], Neisser[6], Köbner[7], Otto Damsch[8], Melcher und Orthmann[9], R. Campana[10] u. a.

Auf Grund eines Falles von Lepra, den ich zu untersuchen

---

[1] Mitgeteilt in der zweiten Sitzung der in der Sina-Akademie bei Gelegenheit des 50jährigen Jubiläums der medizinischen Gesellschaft zu Athen am 3.—15. April 1887 stattgehabten Versammlung der griechischen Ärzte. Es wurden nach dem Vortrage auch die betreffenden mikroskopischen Präparate vorgezeigt.

[2] *Archives de physiologie belge.* 1877.

[3] *Breslauer ärztliche Zeitschrift.* 1879, und *Virchows Archiv.* Bd. 84. pag. 514—542. 1881.

[4] *Die krankhaften Geschwülste.* Bd. II. pag. 521.

[5] *Societé de Biologie.* 1881.

[6] l. c. Vergl. auch *Fortschritte der Medicin.* Bd. IV. 1886. No. 16. 15. August: „Die neueren Arbeiten über Leprahistologie." Referat von K. Touton. pag. 519.

[7] *Virchows Archiv.* Bd. 88. 1882. pag. 282—306.

[8] *Virchows Archiv.* Bd. 92. Heft I.

[9] *Berl. klin. Wochenschr.* 1885. No. 13. pag. 193. Vergl. auch *Jahresbericht über d. Fortschritte der pathogenen Mikroorganismen,* v. Baumgarten. I. Jahrg. 1885. pag. 89, und Cornil und Babès, *Les Bacteries etc.* Paris 1886. pag. 761—771.

[10] *Boll. della Reale Accademia medica di Genova.* 1886. No. 7.

Gelegenheit hatte, glaube ich die Kenntnis über die Lepra einigermaßen zu fördern, indem ich meine bisherigen Ergebnisse über diese Krankheit veröffentliche, um so mehr, da es sich um eine reine Lepra anaesthetica (Lepra nervorum) handelte, welche von allen Gelehrten bis auf NEISSER[11], JÜRGENSEN[12], LELOIR[13] u. a. als eine Krankheit nur des peripheren Nervensystems betrachtet wird.

Bei dieser anästhetischen Form der Lepra sind, wie bekannt, bis jetzt einige Beobachtungen gemacht worden. ARNING[14] hat im Jahre 1884 in Honolulu zwei an dieser Krankheit leidende Patienten untersucht; an dem ersten, der ungefähr 30 Jahre alt war und die bei den Chinesen typische Klauenstellung der linken Hand sowie Anästhesie im Ulnarisgebiet, dazu noch ein Ulcus plantae pedis aufwies, fand er eine Bindegewebsbildung zwischen den Nervenbündeln, innerhalb welcher neben kleinen länglichen Häufchen unregelmäßiger Pigmentkörper spärliche Gruppen von 4—5 Bacillen existierten. Bei dem zweiten Individuum, das 14 Jahre alt war und seit 6 Jahren an allmählich zunehmender Schwäche beider Hände, die eine leichte Klauenstellung und entsprechende Atrophie zeigten, und an einer linksseitigen Facialparese litt, konstatierte er ebenfalls eine Verdickung des nervus ulnaris an beiden Händen; an der rechten war nur Analgesie, an der linken vollständige Anästhesie; außerdem fanden sich im neugebildeten Bindegewebe sporenhaltige, alte Bacillen und unregelmäßige Pigmentgranula. Später demonstrierte dieser Autor[15] an mikroskopischen Präparaten von Lepra den bis dahin noch nicht erbrachten Nachweis des Vorhandenseins von Leprabacillen in den Nerven bei den reinen Formen von Lepra anaesthetica.

F. MÜLLER[16] bemerkte in einem Falle anästhetischer und

[11] *Ziemssens Handb. d. spec. Pathol. und Therapie.* Bd. 14. 1883. pag. 626.

[12] *Lehrb. d. spec. Pathol. und Therapie.* Leipzig 1886. pag. 265.

[13] *Traité pratique et theorique de la lèpre.* 1887. Vergl. *Jahresb. über d. Leist. und Fortschritte der gesammten Medicin* von VIRCHOW u. HIRSCH XX. Jahrg. Bd. I. Abteil. II. pag. 1—39392. 1886, und *Archive de Neurologie* par CHARCOT. Vol. 13. No. 38. Mars. pag. 300.

[14] *Virchows Archiv.* Bd. 97. Heft I. pag. 170.

[15] *Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte* 1886. pag. 322.

[16] *Archiv für klin. Medicin.* Bd. 34.

Form von Lepra spärliche Bacillen in dem
gusblasen auf den anästhetischen Partien.
gen und BABÉS[17] fanden bei der Untersuchung
en anästhetischer Form nur einmal Bacillen und
rken sie, dafs die Bacillen bei dieser Form selten

[18] endlich schliefst die Existenz von Bacillen an
kten Gelenken, an dem Muskelgewebe und den Zen-
n, d. h. Gehirn und Rückenmark, ausdrück-
s.

nser Fall:

Krankheitsgeschichte. Der Kranke G. D. von der
l Imbros, 18 Jahre alt, trat am 13. Juli des vorigen Jahres das Hospital im Piraeus ein und wurde in der medizinischen Abteilung des Herrn TH. APHENTOULIS, Professor der Pharmakologie an der Universität Athen, untergebracht. Dieser Kranke nahm zu dem Hospital seine Zuflucht infolge einer katarrhalischen Pneumonie, an der er nach vier Tagen starb.

Aus der Anamnese, die mir von Herrn Professor APHENTOULIS freundlichst überlassen wurde, ist nur zu entnehmen, dafs der Patient schon seit zwei Jahren an Lepra anästhetischer Form litt, da er die Charaktere dieser Krankheit, nämlich Anämie, Gesichtsblässe, eine an vielen Stellen diffus pigmentierte Haut, weifse Flecke, Anästhesie, besonders der unteren Extremitäten, Paresen, einige Schwierigkeit beim Gehen hatte und Hauteruptionen an sich trug. Die Nase war atrophisch und einigermafsen eingefallen, die Haare der Brauen und Augenlider waren fast verschwunden, die Muskeln der Arme ziemlich atrophisch, Finger und Zehen klauenartig gestellt und ulceriert, namentlich die beiden grofsen Zehen. Der Patient versicherte, dafs er von vollkommen gesunden Eltern stamme.

Sektionsbefund. Die von mir 12 Stunden nach dem Tode in Gegenwart des Herrn KONTOLEON, Privatdozent, und des Herrn

[17] l. c. pag. 762. Vergl. *Archiv de physiologie.* No. du 1. Juillet 1883. pag. 42.

[18] *Ziemssens Handb. der speciel. Pathologie und Therapie.* Bd. 14. 1883. pag. 626.

Dr. Politakis, beide Ärzte des Hospitals, vorgenommene Sektion ergab folgendes: Intensive Totenstarre. Atrophisches Gesicht, die Haare der Brauen und Augenlider ausgefallen, die Nase atrophisch, nach innen eingefallen und verunstaltet. An beiden Knieflächen gröfsere und kleinere weifsliche Flecke von der Gröfse einer Linse bis zu der eines Franks. Am rechten Schienbein zeigt sich eine Schälung der Haut 5 cm lang und 3 cm breit. An der grofsen Zehe des linken Fufses ist die zweite Phalanx zerstört, wobei die Haut schlitzförmig auseinander steht. Die Zehe ist nach oben gekehrt. Eine kleine hautlose Stelle ist auch an der grofsen Zehe des rechten Fufses bemerkbar; beide Hände zeigen Klauenstellung.

Leichenflecke hinten am Rücken und vorn am Bauch und den unteren Extremitäten.

Die Muskulatur und das Fettgewebe unter dem Hautzellgewebe wenig entwickelt. Die Muskeln bewahren vollkommen ihre Fleischfarbe.

Die Brustorgane nicht stark erhoben, die Pleura der rechten Lunge ist nach vorn, innen und unten an die Brustwand sowie an das Diaphragma angewachsen.

Beide Lungen hyperämisch, die rechte bedeutend mehr. Das Parenchym der letzteren knistert beim Durchschneiden sehr wenig. Der untere Lappen hepatisiert, Stücke von ihm, ins Wasser gelegt, sinken unter. Beim Drücken kommen kaum einige Luftblasen hervor, mehr aus dem linken Lappen. Aus den kleinen Bronchien tritt eine schleimige gelbliche Flüssigkeit aus.

Der Herzkörper blafs und anämisch. Schwarze Blutthromben; an den Klappen nichts Abnormes.

In der Leber vermehrter Blutgehalt; die Oberfläche derselben an manchen Stellen gelblich.

Die Milz fünf mal so grofs wie normal, blafs, leicht zu zerdrücken.

Beide Nieren normal.

Schädeldach ziemlich dick. Dura mater hyperämisch. Nach dem Schnitte fliefst eine durchsichtige, seröse Flüssigkeit aus. Die Pia mater hyperämisch. Hier und da finden sich an den Furchen der Gehirnsubstanz gelbliche und leicht ablösbare Pseu-

domembranen. Die Gehirnsubstanz sehr elastisch; in den Ventrikeln eine kleine Quantität durchsichtiger und kaum blutiger Flüssigkeit.

Die Medulla oblongata zeigt nichts Abnormes.

Die Konsistenz des Rückenmarks ist im allgemeinen härter. Sein Lendenteil ist fast zu doppelter Dicke angeschwollen. Beim Einschneiden in die Dura mater an dieser Stelle fliefst eine kleine Quantität durchsichtiger Flüssigkeit heraus. Die weifse Substanz ist graugelb und etwas weicher, die graue dagegen neigt ein wenig zu schwarz hin.

Mikroskopische Untersuchung. Bei der mikroskopischen Untersuchung gebrauchte ich die hauptsächlichsten Ölmethoden, namentlich aber die Fuchsinlösung in Anilinwasser, Gentianablau und Methylenblau in Lösung und zwar nach folgender Methode: Schnitte von in Alkohol absol. allmählich gut gehärtetem Rückenmarke wurden zuerst 24 Stunden in destilliertem Wasser gelassen, da ich beobachtet hatte, dafs, wenn die Schnitte in Alkohol abgespült werden, sie sich nur schwer und erst nach längerer Zeit (24 Stunden) färben lassen, während wenn sie in destilliertem Wasser 24 Stunden oder noch weniger verbleiben, die Färbung in sehr kurzer Zeit, ja sogar binnen einer Stunde, vor sich geht; dann in Anilinwasserfuchsinlösung nach Ehrlichs Methode oder in Anilinwassergentianaviolettlösung einige Stunden gelegt. Drittens wurde die überschüssige Farbe durch verdünnte Essigsäure und Alkohol ausgezogen; nachher verblieben die Schnitte 24 Stunden in absol. Alkohol, worauf sie in Ol. Cedri oder in Ol. Geroflii übertragen wurden. Schliefslich wurden sie nach vollständigem Entfernen des Öls durch Löschpapier in Kanadabalsam, der vorher in der Wärme gut flüssig gemacht worden, eingeschlossen. Vorerst überzeugte ich mich von der Existenz von Bacillen über haupt in der Haut und in den peripherischen Nerven, dann aber wandte ich meine Aufmerksamkeit ausschliefslich dem Studium des Rückenmarks zu.

Die Bacillen, welche ich darin zu Milliarden fand, waren (Fig. 1 u. Fig. 2) den bei der tuberösen und anästhetischen Form der Lepra an andern Geweben gefundenen durchaus gleich, und haben auch mit denen der Tuberkulose eine grofse Ähnlich-

keit, sind aber, wie KLEBS[19] richtig bemerkt, dicker als diese. bei einer Länge von 3—6 μ und einer Breite von 1 μ. Die Bacillen sitzen in der Stützsubstanz des Rückenmarks und nehmen mehr oder weniger die weifse Substanz sowohl der vorderen als auch der hinteren Wurzeln ein; sie sind bald in grofsen Mengen, bald weniger gehäuft zu treffen, immer aber in Gruppen, welche teils runde (Fig. 3, Fig. 5, Fig. 6) oder eiförmige Körperchen (Fig. 4, Fig. 7) — die sogenannten leprösen Zellen — bilden. teils ganz unregelmäfsige, kürzere, breitere, schmälere, gerade oder gekrümmte, überhaupt ganz verschiedene Figuren (Fig. 8—10 aufweisen. Bei manchen Schnitten hat sogar die Mannigfaltigkeit der Figuren eine grofse Ähnlichkeit mit denen injizierter Lymphgefäfse.

Aufserdem sind diese Bacillen auch in der grauen Substanz entwickelt und reichen bis in die gelatinöse und poröse Substanz (Fig. 11). Die runde oder eiförmige Form, welche in der weifsen Substanz sehr gewöhnlich ist, wird hier seltener, während kleinere Haufen und ganz unregelmäfsige Formen (Fig. 8—10) vorkommen. immerhin aber sitzen hier die Bacillen bei weitem nicht so dicht beisammen als in der weifsen Substanz. Die Nervenfasern und die Ganglienzellen bleiben durchaus intakt von Bacillen, so weit bis jetzt meine Untersuchungen gehen.

Die runden oder eiförmigen Körperchen, die allgemein als lepröse Zellen aufgefafst werden, sind entweder überall mehr oder weniger mit Bacillen angefüllt (Fig. 3, Fig. 6), oder enthalten gröfsere oder kleinere voneinander gesonderte Bacillenhaufen (Fig. 4—5).

Diese Körperchen sind von einer glasigen Membran (Schleimhülle) bedeckt[20], wovon man sich überzeugen kann, wenn man sie durch Zerzupfen isoliert, wo dann bei lebhafter Färbung der Bacillen der Rand jedes Körperchens sich deutlich abhebt. Diesen Rand könen wir gleichfalls bei den sogenannten riesigen Zellen (Fig. 12) erkennen, wo mehrere Körperchen, von 2 bis 17, in einer grofsen Kugel zusammenfliefsen, wobei sie jedoch durch den

[19] *Allg. Pathol. etc.* I. Teil. Jena 1887. pag. 246.

[20] Vergl. UNNA, *Monatsh. f. prakt. Dermatologie.* Ergänzungsheft I. 1886.

Rand ihrer Membranen, der sich als Schaum darstellt, voneinander getrennt erscheinen.

Es ist mir niemals gelungen, das Protoplasma dieser Körperchen durch irgend welches Färbemittel auch mit Vermeidung von jeder Säure zu färben, es bleibt also immer farblos.

Die Färbung durch Methylenblau ohne Anwendung von Essigsäure zeigt sowohl die Kugeln wie irgend welche andre Bacillenfiguren vollkommen blau (Fig. 12), so dafs man die Bacillen nur kaum oder gar nicht unterscheidet, mit Anwendung derselben aber, die mir hier immer ausgezeichnete Resultate verschafft hat, verschwindet die Farbe sofort aus dem Protoplasma, worauf nur die Bacillen höchst deutlich hervortreten, nicht in blauer, sondern in blauroter Färbung. Bei dieser Behandlungsweise ist wohl kein Grund, anzunehmen, dafs die Essigsäure die Färbung des Protoplasma verhindert; viel eher dürfte sie diese befördern.[21]

Durch eine zweite Vor- oder Nachfärbung, entweder durch Bismarkbraun oder durch Hämatoxylin (nach dem Verfahren von Touton), habe ich es nie zuwege gebracht, ein Protoplasma lepröser Zellen des Rückenmarks oder einen Kern derselben zu färben. Folglich stimme ich auf Grund meiner hier durch Ölmethode gemachten Beobachtungen Unna[22] bei, welcher auf Grund seiner Antrocknungsmethode die Behauptung aufstellte, dafs „in den Bacillenhaufen unter keinen Umständen ein Zellenleib färbbar“ noch „ein Kern nachweisbar“ ist, ohne weiter mich in die mannigfachen Kontroversen zu mischen, welche von Armauer Hansen, Neisser, Metschnikoff, Touton, Cornil und Babés u. a. gegen diese Ansicht erhoben worden sind.[23] Aber auch

---

[21] Siehe Unna. Die Bacillenklumpen der Leprahaut sind keine Zellen, in *Virchows Archiv.* Bd. 103. Heft III. 1886. pag. 555.

[22] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Ergänzungsheft 1885. pag. 71—72 (Zur Histologie der leprösen Haut), und Ergänzungsheft I. 1886.

[23] *Virchows Archiv?* Bd. 103. pag. 367 und 553, und Bd. 103. pag. 355. 1886, und Bd. 104. pag. 381. — *Fortschritte der Medicin.* No. 2. 1886. Wo liegen die Leprabacillen? No. 13. No 16. 1886. — *Deutsche med. Wochenschr.* 1886. No. 8 und 13. — *Dermatol. Studien,* von Unna. Heft I. Mit einer chromolithographischen Tafel. 1886. — *Verhandlungen des V. Congresses für innere Medicin zu Wiesbaden.* 1886. pag. 227, pag. 242. — *Les Bacteries etc.,* par Cornil et Babés. Paris 1886. pag. 761.

Leloir[24] ist zu dem Resultate gekommen, dafs die leprösen Zellen mit zelligen Elementen nichts gemein haben, sondern einfach Haufen von Bacillen und Sporen sind.

Ich glaube mich mit um so mehr Recht dieser Ansicht anschliefsen zu dürfen, als ich nicht blofs kein Protoplasma und keinen Kern zu färben im stande war, sondern auch so mannigfaltige Formen der Bacillenhaufen insbesondere im Rückenmarke vorfand, dafs es mir schwer zu sein scheint, sie unter irgend welche zellige Elemente unterzubringen. Sie können also nur den Lymphbahnen angehören, welche sie blofs füllen oder auch im Verhältnis zu ihrer gröfseren oder geringeren Anhäufung zu kugel- oder eiförmigen Räumen erweitern.

Was die Vakuolen anbelangt, auf die vor Jahren zuerst Virchow[25] aufmerksam wurde, so ist es, wie Neisser[26] sagt, in der That schwer etwas Sicheres darüber zu sagen. Weder Unnas Ansicht, dafs „die Vakuolen teils freie lympherfüllte Reste des Saftkanalsystems, teils glasige Pfröpfe von derselben Substanz sind, welche alle Bacillen einzeln und in Herden überzieht", noch die Neissers, dafs „sie als die Folge des Verschmelzens mehrerer degenerierender Zellen aufzufassen sind, wobei teils die Zellmembranen, teils vielleicht auch von den Bacillen geschaffene Protoplasmamäntel ein Netzwerk bilden, zwischen welchen man runde Löcher zu sehen glaubt, die aber thatsächlich nur umrahmtes Protoplasma sind", scheint genügend, da sich weder eine Degeneration in Wirklichkeit nachweisen läfst, noch die Vakuolen als glasige Pfröpfe oder freie und mit Lymphe gefüllte Reste der Lymphbahnen betrachtet werden können. Es scheint mir sehr wahrscheinlich, dafs die Interpretierung dieser Vakuolen in der Art und Weise der Entwickelung der Bacillen gesucht werden mufs. Indem sie nämlich Kolonien bilden, lassen sie, auch bei kleinen Häufchen, das Zentrum in fast ganz regelmäfsiger Weise leer (Fig. 5), eine Erscheinung, die auch andre Bacillenarten aufweisen.

---

[24] Études comparées sur la lèpre. *Comptes rendues.* Vol. 101. No. 5, und *Jahresber.* XX. Jahrg. Berlin 1886 Bd. I. pag. 392. II. Abteil.

[25] *Die krankhaften Geschwülste.* Bd. II. pag. 515.

[26] *Virchows Archiv.* Bd. 103. Heft II. pag. 367.

Im Stützgewebe des Rückenmarks kommen vereinzelte Bacillen nur selten vor; sie stammen, wie ich glaube, von zersprengten Bacillenkolonien her; dagegen in den Gefäfswänden sind mir zweimal kleine Bacillenhaufen vorgekommen.

Unter den pathologischen Veränderungen ist die rings um die beiderseitigen Venae centrales beginnende Entzündung bemerkenswert, die ich ausnahmslos bei allen Schnitten immer bemerkte. Es existiert nämlich hier rings um die Vena centralis eine Entwickelung embryonaler Zellen, welche von hier aus bis zur weifsen Substanz hinziehende Reihen bilden, und in derem Inneren Bacillen auf keine Weise zu entdecken sind.

Schliefslich bemerke ich noch, dafs die Medulla oblongata von Leprabacillen durchaus intakt war, während das kleine Gehirn sich von denselben eingenommen zeigte, worüber ich demnächst zu berichten mir vorbehalte.

Aus vorliegendem Falle geht nun zur Genüge hervor: 1. dafs die anästhetische Form der Lepra nicht nur eine Krankheit des peripheren Nervensystems ist, wie allgemein angenommen wird, sondern auch der Zentralorgane (des Rückenmarks); ob immer, das mufs durch die weitere Untersuchung festgestellt werden. 2. Was die sogenannten leprösen Zellen betrifft, so konnte ich mich, soweit meine Beobachtungen im Rückenmarke gehen, auf keine Weise überzeugen, dafs sie wirkliche Zellen sind, in deren Inneres die Leprabacillen haufenweise eindringen; im Gegenteil betrachte ich dieselben als selbst ständige Bacillenkolonien, die von einer Schleimhülle umgeben sind und sich in den Lymphbahnen befinden (genau wie Unna). 3. Die Interpretierung der Vakuolen scheint mir höchst wahrscheinlich in der Art und Weise der Entwickelung der Bacillen gesucht werden zu müssen. 4. Bei der Affizierung des Rückenmarks durch die Bacillen wird eine um die Venae centrales beginnende Entzündung bemerkt.

Athen, den 13. August 1887.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Einzelne Bacillen mit hellen Flecken aus der weifsen Substanz des Rückenmarks durch Zerzupfen gewonnen. Färbung mit Anilinwasserfuchsin nach der angegebenen Methode. Zeiss Ocul. 4. Ölimmersion $^1/_{12}$.

Fig. 2. Ebenfalls. Helle Flecke sind nicht sichtbar. Färbung mit Anilinwassergentianaviolett. Zeiss Ocul. 3. Ölimmersion 1/12.

Fig. 3. Eine sogenannte „Leprazelle", ein Bacillenklumpen aus der weifsen Substanz des Rückenmarks. Färbung wie bei 1. Vergröfserung wie bei 2.

Fig. 4. Vier eiförmige Bacillenkolonien aus der weifsen Substanz des Rückenmarks in einem zellartigen Schleimmantel, dessen Kontur scharf zu unterscheiden ist. Färbung mit An. W. Fuchsin. Vergröfserung wie bei 2 und 3.

Fig. 5. Bacillen haufenweise und zerstreut. Färbung und Vergröfserung wie bei 4.

Fig. 6. Vakuolen in einer grofsen rundlichen Bacillenkolonie aus der weifsen Substanz. Färbung mit An. W. Fuchsin. Zeiss Ocul. 1. Ölimmersion 1/12.

Fig. 7. Eiförmige Bacillenkolonie aus der grauen Substanz des Rückenmarks. Färbung und Vergröfserung wie bei 3.

Fig. 8. Bacillenhaufen verschiedener Form aus der grauen Substanz des Rückenmarks. Färbung mit An. W. Fuchsin. Vergröfserung Zeiss Ocul. 1. Ölimmersion 1/12.

Fig. 9—10. Ebenfalls aus der grauen Substanz des Rückenmarks. Färbung mit Anilin W. Gentianaviolett. Vergröfserung Fig. 9 wie bei 7. Fig 10 wie bei 8.

Fig. 11. Querschnitt durch das Rückenmark (Lendenteil). C. c. canalis centralis. Ganglienzellen intakt von Bacillen; etwas gelblich infolge des Ol. Geroflii; Leprabacillen in kleineren und gröfseren Haufen. Färbung mit Methylenblau in An. W., die Farbe der Bacillenhaufen ist eine Folge der Reaktion der Essigsäure. Gezeichnet eine Partie in der Nähe des C. c. bei Vergröfserung. Zeiss Ocul. 3. D.

Fig. 12. Eine sogenannte Riesenzelle (?) aus der weifsen Substanz, die aus 17 Bacillenklumpen besteht, in deren Innerem zerstreute Bacillenhaufen enthalten sind.

Berichte über Versammlungen.

XII. Kongrefs der italienischen Ärzte zu Pavia.

19.—25. September 1887.

Sektion für Syphilis und Hautkrankheiten.

(Original-Bericht.)

Sitzung vom 20. September. — Präsident: Manasseï.

Der Vorsitzende läfst zunächst durch den Sekretär Dr. Mibelli das Protokoll der ersten vorbereitenden Sitzung verlesen und sendet dann einen Gruls und Glückwünsche dem hochverdienten und greisen Prof. Gamberini aus Bologna, der aus Gesundheitsrücksichten an der Versammlung nicht teil-

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Lithogr. & Druck v. J. F. Richter, Hamburg.

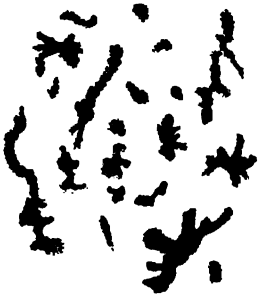
Verlag von Leopold Voss in Hamburg (u. Leipzig.)

7.

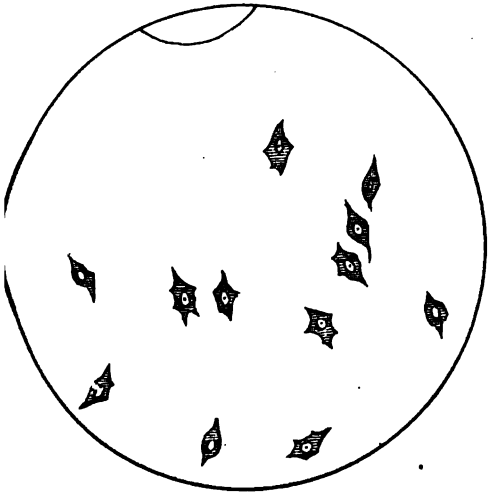
9.

8.

10.



11.



12.

Lithogr. & Druck v. J. F. Richter, Hamburg.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (u. Leipzig.)

nehmen konnte. Hierauf wird die Sitzung eröffnet und man beginnt mit den eigentlichen Verhandlungen dieser Sektion.

Prof. Campana (Genua). **Über Tuberkulose der Haut und der äufseren Genitalien.** Nachdem Redner auf die Untersuchungen Bizzozzeros und Armannis über die Tuberkulose der Haut hingewiesen, berichtet er über einige klinische, histologische und experimentelle Beobachtungen dieser Erkrankung in ihrer verrukösen Abart und der Tuberkulose der Geschlechtsorgane. Redner erläutert seine Mitteilungen an der Hand mikroskopischer und makroskopischer Tabellen und hebt besonders hervor, dafs es ihm gelungen sei bei Meerschweinchen Impfungen mit positivem Resultate vorzunehmen. Er lenkt die Aufmerksamkeit der Syphilidologen und Hygieiniker auf die Leichtigkeit, mit welcher tuberkulöse Ansteckung durch lokalen Kontakt an den Händen (anatomischer Tuberkel) und den Genitalien erfolgen kann.

Prof. Pelizzari (Pavia). **Über das Trichophyton tonsurans.** Setzt seine diesbezüglichen Untersuchungen auseinander, die er an 7 Fällen von bisher nicht beobachteter Trichophytia palmaris gemacht hat. Mit Anführung von Beweisen zeigt er, wie auch bei Erwachsenen eine über den ganzen Kopf ausgebreitete Trichophytia vorkommen könne. Ferner zeigt Redner, wie neben einer Sykosis trichophytica eine einfache Sykosis nicht besteht, und widerspricht schliefslich allen jenen, welche die Onichomykosis als eine sehr seltene Form von Trichophytia erklären, indem er 20 Fälle seiner eignen Beobachtung anführt.

Prof. De Amicis (Neapel). **Über die Mykosis fungoides Aliberts.** Neue klinische Fälle und darauf bezügliche Untersuchungen Im Jahre 1882 teilte Redner zwei Fälle dieser Affektion mit, die er Dermolympho-adenoma fungoides nannte; heute hat er über vier neue Fälle zu berichten. Er beschreibt dieselben eingehend und vergleicht sie mit den in der medizinischen Litteratur aufgezeichneten. Der erste Fall zeigte das typische Bild der fraglichen Affektion in ihren verschiedenen Stadien: makulöser-kongestiver, lichenoider, neoplastischer, fungoider und ulcerativer. Der zweite Fall zeigte vorerst eine Psoriasis, und als diese zu verschwinden begann, kam an den betroffenen Teilen eine Mykosis fungoides zur Entwickelung. Der dritte Fall ist ein Beispiel von jener Varietät, bei welcher dem neoplastischen Stadium die ekzematöse und die lichenoide Periode nicht vorausgehen, sich aber sofort als eine syphilitische knötchen-geschwürige Form kund gibt. Der vierte zirkumskripte Fall steht noch in Beobachtung. An diesen vier Fällen untersucht Redner die drei am meisten diskutierten Theorien über die Pathogenese der Mykosis; infolge seiner bakteriologischen Untersuchungen, die ihn mittels einer neuen Färbungs methode sowohl in frischen als auch alten Schnitten Kokkenansiedelungen beständig erkennen liefsen, glaubt sich Redner für die infektiöse Natur der Mykosis erklären zu müssen. Die von ihm angewendete Methode ist folgende:

Gentianaviolett	ccm	3
Anilinöl		3
Absolut. Alkohol (90 °)		15,0
Aq. destill.		80,0

M. Als Färbungsflüssigkeit.

Redner gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Mykosis fungoides ist nicht zu verwechseln mit der allgemeinen nicht pigmentierten idiopathischen Sarkomatose der Haut.

2. Die Mykosis fungoides besteht aus einem infektiösen aber nicht kontagiösen Granulom der Haut.

3. Beständiges Vorhandensein von Mikrokokken, die man auf Grund einer besonderen Färbungsmethode nachweisen kann.

4. Diese neue Färbungsmethode kann als sicheres diagnostisches Mittel dienen.

Demnach verzichtet Redner auf seine alte Bezeichnung für diese Krankheitsform und kehrt zu der Bezeichnung Alibert's zurück.

In der darauf folgenden Diskussion bemerkt Prof. Maiocchi, daſs es ihm nach allen bis jetzt bekannten Färbungsmethoden und namentlich nach der Methode Ehrlichs, die doch so viel Ähnlichkeit mit jener von De Amicis hat, niemals gelungen sei, bei der Mykosis fungoides Mikroorganismen zu finden. Nun werde er sich zur Pflicht machen, weitere Untersuchungen mit der von De Amicis angegebenen Flüssigkeit anzustellen.

Prof. Scarenzio (Pavia). **Syphilitische Gummata der Nase.** Rhinoplastik. Redner stellt eine Kranke vor, bei welcher infolge eines alten gummösen Prozesses die oberen zwei Drittel der Nase samt Skelett von der Glabella nach abwärts zerstört worden sind. Es wurde die Rhinoplastik ausgeführt, indem R. zuerst den zurückgebliebenen unteren Teil der Nase wund machte, dann zwischen Nase und Auge beiderseits einen Hautstreifen ablöste, die er gegen die Nase hinzog und sie samt den Nasenlappen zusammenband.

Prof. Maiocchi. **Über Aktinomykose der Haut beim Menschen und bei einigen Tieren (Dermoaktinomykosis).** Redner teilt seine weiteren Studien über den Aktinomyces mit, dessen Formbesonderheiten, Widerstandsfähigkeit und Färbungsweise er besser kennzeichnet. Der Aktinomyces ruft beim Kinde einen neoplastischen Prozeſs hervor, während er auf der Haut des Menschen und beim Kaninchen einen entzündlichen Prozeſs erzeugt.

Bezüglich der kutanen Morphologie der Aktinomykose stellt er zwei Formen auf:

1. Die Aktinomykosis anthracoides. 2. Die Aktinomykosis fungoso-ulcerosa.

Die Eintrittspforten des Pilzes sind verschieden. Das direkte Eindringen durch die Haut ist möglich, wenn irgend eine Kontinuitätstrennung existiert. Redner schlieſst seinen Vortrag indem er dringend empfiehlt,

stets inmitten eiteriger und fungöser Prozesse der Haut, unbekannten Ursprungs, nach schwefelgelben Massen und Kalkkörnchen zu forschen, denn wiederholt wird es vorgekommen sein, dafs man geglaubt hat Epitheliome oder skrofulöse Fungi entfernt zu haben, während es sich vielleicht nur um kutane Produkte des Aktinomyces gehandelt haben wird.

Prof. Breda (Padua). **Anatomischer Befund in einem Falle von Erythema nodosum am Larynx, an der Trachea und an den Hoden.** Weist auf die Möglichkeit von entzündlichen, chronischen und neoplastischen plötzlichen Läsionen der Haut und der Schleimhäute hin, indem an die angioneurotischen Ödeme der Schleimhäute und die bekannten, schon von Hebra, Polotebnoff, Goltz und Pospelow beschriebenen Fälle von polymorphem Erythem erinnert wird. Beschreibt dann seinen Fall, der einen lymphatischen, oligoämischen, 37 Jahre alten und pellagrösen Landmann betrifft, bei welchem, nachdem er vorher an Ödemen und Urticaria gelitten, zahlreiche Erscheinungen von Erythema nodosum am Skrotum, Gaumen und Kehlkopf aufgetreten sind; es wechselten rasch Besserungen mit Verschlechterungen dieses Zustandes, bis endlich der schon sehr stark herabgekommene Kranke einem Erstickungsanfalle erlag. Bei der histologischen Untersuchung der erythematös erkrankten Stellen, namentlich des Larynx, fand man eine beträchtliche, tiefgehende Gewebsinfiltration, insbesondere um die Gefäfse und Hautorgane herum. Die Veränderungen des Testikels waren beinahe so, wie man sie bei gewöhnlichen Entzündungen zu sehen bekommt. Die nähere Untersuchung auf Bakterien fiel negativ aus.

Diskussion: De Amicis hebt die Wichtigkeit des Falles hervor, der einzig in der Litteratur dasteht, möchte sich jedoch bezüglich der Richtigkeit der histologischen Untersuchung etwas zurückhaltend aussprechen, indem es ihm scheine, dafs bei Betrachtung der histologischen Figuren und bei Berücksichtigung des nicht immer raschen Verschwindens der klinischen Phänomene es sich eher um einen neoplastischen Vorgang gehandelt habe, vielleicht analog der Mykosis fungoides.

Maiocchi ist auch überrascht durch die Tiefe und die Ausbreitung der Wucherung, welche die ganze Dicke der Haut durchsetzt, doch glaube er, dafs, nachdem man in den mikroskopischen Präparaten Bredas aufser einer Infiltration junger Zellen auch eine ansehnliche Erweiterung der mit koagulierter Lymphe vollgefüllten plasmatischen Kanälchen und inmitten der Zellenanhäufungen eine gewisse Anzahl roter Blutkörperchen vorgefunden hat, dieser mikroskopische Befund für das Vorhandensein eines Erythema nodosum sprechen würde. Als er einmal auf Mikroorganismen untersucht hatte, fand er sie auch in einem Knötchen. Er hatte sich damals darauf beschränkt diese Beobachtung dem Prof. Campana mitzuteilen, den er aufforderte, weitere Untersuchungen anzustellen.

Prof. Campana gibt zu, dafs bei dem Erythema nodosum die mykologische Untersuchung nicht übergangen werden dürfe, denn, wenn es wahr sei, wie manche glauben, dafs diese Affektion rheumatischer Natur sei,

und dafs die rheumatischen Erkrankungen auch durch ein lebendiges Ferment bedingt sein können, wird dieses Ferment leichter hier als anderswo anzutreffen sein. In betreff der histo-anatomischen Alterationen stimmt er mit Maiocchi überein.

Dr. Stefanini. **Alterationen des Sympathicus bei einem Falle von Pemphigus.** Ein Mann, ca. 60 Jahre alt, seit zwei Monaten an Pemphigus foliaceus leidend, der unbehandelt blieb, starb infolge einer Pneumonie. Es wurde nur der Sympathicus untersucht und man fand in dem interstitiellen Gewebe eine beträchtliche Infiltration von Fetttröpfchen, ferner in der Kapsel der Nervenzellen eine bedeutende Zahl von Leukocythen; viele Zellen zeigten eine sehr vorgeschrittene Atrophie, so dafs einige das Aussehen einer Anhäufung von schwarz-gelblichen Granulationen boten. Sehr deutlich bestand die Veränderung auch in den Nerven.

Diskussion: Prof. Pellizzari fragt, ob es sich um einen chronischen Pemphigus gehandelt. Nach bejahender Antwort macht er darauf aufmerksam, dafs in diesem Falle immer die Frage offen bleibt, ob die im Sympathicus gefundenen Veränderungen nicht sekundär aufgetreten seien. Bei einem Falle von Pemphigus, der nach einem Verlaufe von zwei Monaten mit dem Tode endete, hatte Pellizzari sowohl im Rückenmarke als auch in den Ganglien des Sympathicus keinen positiven Befund aufzuweisen. — Prof. de Amicis bemerkt, dafs die von Bianchi und Ferraro im Sympathicus konstatierten Veränderungen identisch waren mit denjenigen bei andern marantischen, aber nicht an Pemphigus erkrankten Personen. — Dr. Banti fand bei einem 60jähr., mit chron. Pemphigus behafteten Individuum die Ganglien des Sympathicus verändert (Lymphoidinfiltration des Stroma und der Nervenzellenkapsel, Atrophie dieser Zellen und Pigmentierung). Das Rückenmark war gesund. Dieselben Alterationen des Sympathicus fand er aber auch bei andern chronischen Affektionen; daher möchte er ihnen nur eine nebensächliche Bedeutung zusprechen.

Prof. Maiocchi fand bei einem Falle von chron. Pemphigus diese Veränderungen des Sympathicus wenig auffällig, während sie hingegen bei einem Falle von Pseudo-Leukocythämie mehr ausgeprägt waren. Die von Bertini bei einem mit pemphigusartigen Erscheinungen behafteten Individuum beobachtete Lumbarmyelitis ist nach Maiocchi einer Trophoneurose zuzuschreiben und hat mit dem Pemphigus nichts zu thun.

(Fortsetzung folgt.)

Siena. Tommasoli.

Referate.

Die Beziehungen der normalen Histologie der Haut zum Studium der elementaren Läsionen der Haut, von Prof. Leloir. (*Bulletin méd. du Nord.* Juni 1886.)

Um die Bildung der elementaren Läsionen der Haut zu verstehen,

mufs man sich auf die Histologie stützten. Zuerst betrachtet der Verf. von diesem Gesichtspunkte aus die Epidermis. Er beschreibt uns die Wichtigkeit der Hornschicht bei den Läsionen, welche er mit dem Namen „altération cavitaire" belegt. Die Hornschicht bildet die oberste Decke oberflächlicher Bläschen, und nach ihrer Entfernung erscheint in Gestalt einer Pseudomembran das darunter liegende Retikulum. Bei der Abschuppung (l'akératinisation) sieht man, wie der Verf. mit E. VIDAL gezeigt hat, in den oberen Teilen der Hornschicht die Zellen deutlicher hervortreten; Protoplasma sowie Kern sind durch Karmin rot gefärbt. Die Hornschicht sieht alsdann einer Schleimhaut ähnlich. Es folgt sodann eine genaue Beschreibung dieser Schicht und der Funktionen des stratum granulosum sowie der von demselben eingeschlossenen Substanz (Eleidin, Keratohyalin). Mit einer Art Liebhaberei beschäftigt sich LELOIR mit dem Studium des Rete Malpighii. Er betont die Wichtigkeit der von ihm 1878 und 1880 unter dem Namen „altération cavitaire" beschriebenen Veränderung der Zellen für die Bildung von Bläschen, Pusteln und Pseudomembranen. Diese hinreichend bekannte und durch spätere dermatologische Arbeiten genügend bestätigte Veränderung soll uns hier nicht weiter beschäftigen. Es wird sodann der Unterschied im histologischen Prozefs bei der Bildung der Bläschen und der Blasen besprochen. LELOIR macht auf die Wichtigkeit der Arbeiten FLEMMINGS über die Kernteilung, sowie von PFITZNER und UNNA über die Nervenendigungen in der Haut aufmerksam und widmet ein Kapitel der allgemeinen Physiologie der Epidermis. Auch die Veränderungen im Zirkulationssystem und in den Nervenbahnen sind bei manchen Hautkrankheiten von Belang. Schon 1881 hatte der Verf. vorgeschlagen, die unter nervösen Einflüssen zu stande gekommenen Hautkrankheiten folgendermafsen einzuteilen:

1. Rein trophische Erscheinungen.
2. Rein vasomotorische Erscheinungen.
3. Gemischte (trophische und vasomotorische) Erscheinungen.

Mit dieser Einteilung hat man eine sehr einfache und sehr physiologische Formel, um die Hautaffektionen nervösen Ursprungs zu verstehen, und man entwickelt leichter den Polymorphismus der so hervorgebrachten elementaren Läsionen. Die seit 1881 in der Beobachtung von Hautkrankheiten nervösen Ursprungs gemachten Fortschritte sind bedeutend, die von LELOIR zuerst angeführten Thatsachen wurden allseitig bestätigt. Am Schlusse der Arbeit findet sich ein Kapitel über die Absorption der Haut, in welchem er über die Wirkung prolongierter Bäder nach der Methode von HEBRA spricht.

Lille. A. TAVERNIER.

Lupus kompliziert mit Epitheliom, von H. BIDAULT. (*Thèse de Lille.* 1886.)

Die Arbeit ist unter den Auspizien von LELOIR abgefafst. Erst im

Jahre 1835 wurden Fälle von Lupus, die mit Epitheliom kompliziert waren, wenn auch nicht berichtet, so doch vermutet. RAYER sprach zuerst 1835 von einer Varietät des Lupus exedens, bei welcher die Ulcerationen sich mit kleinen, roten, weichen, fungösen, sehr prominenten Tumoren bedeckten. Etwas weiter sagt er, der Lupus exedens könne ausgedehnte Strecken gesunder Haut ergreifen, könne auf den Knorpel übergehen, die Nasenknochen anfressen und alle diese Teile rapid zerstören. 1863 citiert DEVERGIE einige Fälle in seiner Abhandlung. BARDELEBEN spricht von einer schrecklichen Zerstörung der Gewebe, gebraucht aber nirgends das Wort Krebs. 3 Fälle findet man bei WEBER (*Chir. Erfahrungen u. Untersuchungen.* Berlin 1865).

WENTZ berichtet 4 Fälle aus der Klinik von ESMARCH und HEBRA. Die neuesten Fälle sind die von LANG (*Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph.*), die 3 Fälle von VOLKMANN (ebenda 1875), die 3 Fälle von LANGENBECK (1875 der Gesellschaft der Ärzte in Berlin vorgestellt) und KAPOSI (*Vierteljahresschr.* 1884).

Der Verf. unterscheidet mit LELOIR 2 Arten von Epitheliomkomplikation, je nachdem das Karzinom sich in der Narbe eines spontan oder nach therapeutischen Eingriffen geheilten Lupus entwickelt, oder in der Mitte des lupösen Gewebes.

Die erste Gruppe ist die zahlreichere. Die Ulceration kann manchmal die krebsigen Gewebe zerstören und mit Narbenbildung endigen; andre male aber breitet sie sich in die Fläche und Tiefe aus. Das Epitheliom wird öfter von Drüsenanschwellungen begleitet, welche wieder krebsig zerfallen können. Die Neubildung schreitet durch Auftreten neuer Knoten an der Peripherie weiter. Das Epitheliom entwickelt sich, wie aus der pathologischen Anatomie hervorgeht, besonders in den Fällen, in welchen eine Neigung zur Epidermishyperplasie besteht, ohne Vermehrung der Epithelzapfen und ohne papillomatöses Ansehen (LELOIR). Diese Varietäten könnten mit dem Epitheliom verwechselt werden, jedoch sind die Verlängerungen weniger tief, weniger vergröfsert als beim Epitheliom, und man kann sagen, beim Epitheliom liegt der Tumor drinnen, während er beim Lupus vegetans vollständig draufsen ist (LELOIR). In andern Fällen kann das Epitheliom sich in lappiger oder Röhrenform zeigen. Die Schwere der Röhrenform beruht darauf, dafs sie nirgends von fibrösem Gewebe umgeben, sondern von infiltrierter Haut oder embryonalen Zellen eingeschlossen ist, welche das lupöse Gewebe bilden (LELOIR). Die Behandlung mufs in möglichst energischer Auskratzung und folgender Applikation einer Ätzpaste bestehen. Wenn der Tumor beträchtlich ist, empfiehlt sich die Abtragung (LELOIR).

Diese interessante Monographie, die einzige ihrer Art, enthält dann noch 2 bisher nicht veröffentlichte, hierher gehörige Fälle aus der Praxis des Herrn Prof. LELOIR. Dabei sind 2 chromolithographische Tafeln, welche den äufsern Anblick und die histologische Struktur der Tumoren veranschaulichen.

Lille. A. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. APPEL, Altona.)

Praktisches Handbuch der venerischen und syphilitischen Krankheiten, von Prof. Achille Breda. Padua 1887. (Italienisch.)

Dieses Handbuch ist das Ergebnis 12jähr. Studien und Beobachtungen. Es ist ebensowohl für praktische Ärzte, als für Studenten bestimmt. Beide werden darin einen praktischen Führer bezüglich der Diagnose wie der Behandlung der venerischen Krankheiten finden. Obschon der Verfasser nur ein kurzgefafstes Handbuch veröffentlichen wollte, bietet dasselbe nichts desto weniger die neuesten Entdeckungen über diesen Gegenstand. Derselbe erläutert darin auf eine sehr anregende Weise die Lehren der verschiedenen Schulen.

Im ersten Teile beschäftigt sich der Verfasser mit den eigentlichen venerischen Krankheiten: mit dem Tripper und den ihn oft begleitenden Komplikationen, d. h. Balanoposthitis, Folliculitis, Prostatitis, Cystitis u. s. w.

Der zweite Teil handelt ausschliefslich von der Syphilis und nimmt beinahe die Hälfte des Werkes ein. Der Verfasser veröffentlicht darin seine Ansichten über die Ätiologie der Syphilis, über die parasitische Natur des Virus, die experimentellen Tierimpfungen, die Reinfektionen u. s. w. Die andern Kapitel beschäftigen sich mit den verschiedenen Noxen, welche die Syphilis dem Organismus beibringt, indem sie zugleich die Behandlung und die Diagnose jedes einzelnen Symptoms darlegt.

Brüssel. Dubois-Havenith.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Zur Pathologie und Anatomie des Lichen, von Dr. Michelson in Königsberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 38 u. 39. 1887.) Im Februar d. J. wurde M. ein Kind von etwa 2 Jahren zugeführt, dessen Haut die Erscheinungen eines typischen Lichen ruber planus darbot. Hirsekorngrofse oder noch etwas kleinere blafs rötliche, flache Knötchen bedeckten in ziemlich gleichmäfsiger Verbreitung die Haut der Extremitäten; viele von ihnen zeigten ein deutlich gedelltes und pigmentiertes Zentrum, viele auch waren mit weifslichen Epidermisschüppchen bedeckt; in geringerer Zahl fanden sich diese Knötchen am Gesicht und Rumpf; nirgends waren sie mit gröfseren Papeln untermischt. Nach Einreibungen mit Unnas Karbol-Sublimatsalbe heilten die beschriebenen Effloreszenzen mit Hinterlassung feiner pigmentierter Narben ab; Nachschübe, zu denen es nach einigen Wochen kam, okkupierten Hautstellen von geringerer Ausdehnung. Neben dem Exanthem bestanden resp. bestehen bei dem schlechtgenährten Kinde die Symptome schwerer Skrofulose; Caries, Keratitis phlyctaenulosa, Cervikaldrüsenabscefs mit verkästem Inhalt. Syphilis ist ausgeschlossen. Die Eltern und Geschwister sollen gesund sein. Als Erkrankungsursache wurde von den Angehörigen die im Juli v. J. stattgehabte Impfung ange-

sehen, da einige Wochen nach derselben die ersten Zeichen von Hautausschlag beobachtet wurden. Die mikroskopische Untersuchung eines mit Knötchen besetzten, dem Kinde excidierten Hautstückes ergab Bilder, welche durch die Anologie des histologischen Charakters der kleinen Papeln mit dem des Tuberkels frappierten; zirkumskripte Anhäufung epitheloider und lymphatischer Elemente im Stratum papillare und der subpapillaren Korium-schicht mit LANGHANSschen Riesenzellen im Zentrum. Der Nachweis von Tuberkelbacillen ist bisher nicht geglückt.

Später stellte es sich heraus, dafs auch die Mutter und die ältere 3jährige Schwester an einem lichenösen Exanthem, daneben an unzweideutigen Symptomen der Lues erkrankt seien. Der Vater und der einjährige jüngere Bruder blieben bisher gesund. Die Infektion der Mutter der Kinder ist wahrscheinlich per os erfolgt; über die Eingangspforte des Virus bei der älteren Schwester ist nichts Sicheres zu eruieren. Dafs beide Patientinnen von dem 2jährigen Kinde angesteckt seien, könne kaum bezweifelt werden. Wenn man berücksichtige, dafs der Lichen syphiliticus zu den relativ seltenen Ausschlagsformen der Lues und zumal der frischen Lues gehört, so sei das Auftreten auf syphilitischer Basis entstandener kleinpapulöser Exantheme bei 3 Gliedern einer und derselben Familie bereits sehr bemerkenswert; das Interesse werde aber noch dadurch gesteigert, dafs die Ausschlagsform bei der 2jährigen Patientin von einem einfachen Lichen ruber planus nicht zu unterscheiden gewesen, oder wenigstens dem aufserordentlich ähnlich sei. Unter diesen Umständen müsse man annehmen, dafs das Hautorgan der 3 Patienten zum Auftreten lichenöser Exantheme disponiert gewesen sei, oder dafs es sich um eine Mischinfektion, um gleichzeitige Übertragung zweier Infektionsstoffe gehandelt habe. Der histologische Aufbau der Knötchen zeigte bei der Mutter an einem derselben entnommenen verdickten Hautstück eine fast vollkommene Identität mit der Zusammensetzung der Effloreszenzen bei der 2jährigen Patientin, besonders waren wiederum schöne LANGHAUSsche Riesenzellen vorhanden.

Über Lichen ruber der Haut und Schleimhaut, von Dr. MAX BENDER. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 39. 1887.) Verf. ist der Ansicht, dafs man mit KAPOSI an der von HEBRA gegebenen Definition festhalten und zwar als Lichen nur jenes Krankheitsbild bezeichnen müsse, bei welchem Knötchen gebildet werden, die in typischer Weise bestehen und im ganzen chronischen Verlaufe keine weitere Umwandlung zu Effloreszenzen höheren Grades, d. i. Bläschen oder Pusteln erfahren, sondern als solche sich wieder involvieren. Von diesen so charakterisierten Vorgängen kennen wir nur zwei durch ihren klinischen Verlauf scharf getrennte Formen: einmal den Lichen scrophulosorum, sodann den Lichen ruber; welcher letztere wieder in den Lichen ruber acuminatus und in den Lichen ruber planus zerfällt. Auffälliger Weise sind trotz der fast immer mehr oder minder vorhandenen Verbreitung über die ganze äufsere Haut nur so sehr selten die Schleimhäute mit in das Bereich der Erkrankung gezogen worden, dafs

bei der akuminaten Form nur Unna einen Fall beschrieben hat, während bei Lichen planus von Touton 21 Fälle zusammengestellt sind. B. veröffentlicht deshalb folgende 2 Krankengeschichten: 1. Der 31jähr. Tapezierer, der mit Ausnahme von überstandener Scarlatina stets gesund gewesen ist, und der seine Erkrankung darauf zurückführt, dafs er in der Bonner Hautklinik Krankenbetten aufgepolstert habe, erkrankte im September 1886, indem sich rote Knötchen am Hand- und Fufsrücken zeigten, die sich allmählich unter mäfsigem Jucken über den ganzen Körper verbreiteten. Die Effloreszenzen, anfangs kaum sichtbar, wuchsen bis zur Stecknadelknopfgröfse und bekamen Schüppchen. Der knötchenförmige Ausschlag hatte ziemlich symmetrisch beide Körperhälften ergriffen, zeigte aber im ganzen eine unregelmäfsige Anordnung. Man kann 2 Formen der Effloreszenzen unterscheiden; die einen, derbe, konische Knötchen von roter bis rotbrauner Farbe darstellend, tragen auf ihrem Gipfel Schüppchen und sind etwa den normalen Hautflächen entsprechend angeordnet, stecknadelknopf- bis hanfkorn grofs. An vielen Stellen konfluieren diese Knötchen zu gröfseren Plaques, sie sind mit Schüppchen bedeckt und fühlen sich rauh an. Die andern Effloreszenzen erscheinen teils als kleinste Pünktchen von spiegelndem Glanze, teils als kleine runde, gelblich oder rötlich gefärbte Knötchen, die keine Schuppung zeigen und wachsartig aussehen. Bei weiterer Entwickelung erreichen die Papeln Linsengröfse, sind mehr gerötet und tragen im Zentrum eine Stelle, die rundlich, klein und graubraun erscheint. Sind diese Effloreszenzen konfluiert, so bilden sie runde, mehr oder weniger grofse Scheiben mit dunkler zentraler Partie und schmalem, aus einzelnen kleinen Knötchen bestehendem, oder auch wallartig verschmolzenem Saum von rotglänzender Farbe. Die Effloreszenzen ersterer Art finden sich meistens an den Extremitäten, am Hals und am Penis, die letzteren am Stamme. Gesicht, Kopfhaut und vordere Halspartie sind frei von dem Ausschlage; der Nacken ist bis zur Haargrenze befallen. Die Brust zeigt wenige, der Bauch reichliche Effloreszenzen; der Rücken ist in den beiden oberen Dritteln völlig frei, Kreuzbein und Lendengegend sind mit kleinen Knötchen der zweiten Form über und über bedeckt. Die Achselhöhle zeigt einige Knötchen von gelblich weifsem Aussehen; auf beiden Oberarmen nur auf den Beugeseiten lokalisierte Knötchen, während in der Ellenbeuge eine reichliche Ansammlung von Plaques stattgefunden hat. Im untern Drittel des Vorderarmes und in der Gegend der Handgelenke sind mehrere stark infiltrierte Plaques, die sich bis auf das Dorsum manus fortsetzen. Auch an den unteren Extremitäten sind fast nur die Beugeseiten betroffen. In der rechten Kniebeuge ein gröfserer Plaque; am linken Fufsgelenk finden sich an der Aufsenseite einige markstückgrofse Plaques, während innen eine aus einzelnen Knötchen bestehende gebogene Linie längs des Malleolus verläuft. Das Dorsum pedis zeigt stark schuppende Plaques. Inguinal-Auro-Occipitaldrüsen geschwellt, nicht schmerzhaft. In der Mundhöhle zeigen sich am Übergang vom harten in den weichen Gaumen einzelne kleinste,

weifsliche, reihenförmig angeordnete Knötchen; auf der Zunge rechts ein gröfserer Fleck erkennbar, links nur eine kleine, erbsengrofse Effloreszenz. Die Flecke sind glatt, ebenso beschaffen ist eine in der Mitte des vorderen Drittels der Zunge lokalisierte kleinere Plaque. Die Wangenschleimhaut zeigt links hinten vereinzelte Knötchen, die sich derb anfühlen; auch rechts finden sich netzförmig sich verbreitende Knötchenlinien. Tonsillen frei, aber am Pharynx einige isolierte weifsliche Knötchen. Am Larnyx nichts Abnormes.

Der 2. Fall betrifft einen 45jährigen Zigarrenarbeiter, dessen Mutter an Phthisis gestorben, dessen Vater gesund ist. Keine Lues, keine Hautkrankheiten in der Familie. Das Leiden begann vor 14 Wochen am Rücken. Am 5. März ergibt der Status einen Ausschlag, der ziemlich über den ganzen Körper symmetrisch verbreitet ist. Die Einzeleffloreszenzen sind glatte, derbe, nicht schuppende Knötchen von roter Farbe und mattem Glanze und tragen zum grofsen Teile im Zentrum ein kleines Grübchen. Die Knötchen stehen teils isoliert, besonders in den Gelenkbeugen, teils in Gruppen, andre sind in Plaques konfluiert. An den Armen ist die Beugeseite stärker, als die Streckseite, und die Ulnarseite stärker als die Radialseite befallen. Am Dorsum manus gröfsere Plaques, an der Vola nur kleinere, schwielenartige Erhabenheiten. Oberschenkel nur vorn mäfsig befallen, die Unterschenkel zeigen nur an den Streckseiten Effloreszenzen, das Dorsum pedis dagegen gröfsere Plaques. An den Genitalien nur vereinzelte Knötchen nachweisbar. Die Schleimhaut der Zunge ist frei, die der Wange jedoch zeigt links und rechts eine feine, weifslich graue, aus Knötchen von derber Beschaffenheit bestehende Linie. Therapie in beiden Fällen: Arsen und Unnas Karbolsublimatsalbe. Die mikroskopische Untersuchung ergab, neben typischen Mastzellen, in der subpapillaren Coriumschicht zahlreiche, deutlich innerhalb der Zellen gelagerte Körnchen von wechselnder Gröfse, die im ersten Augenblick an Kokken erinnerten; jedoch sprachen dagegen die nicht konstanten Gröfsenverhältnisse, sowie die unreine Farbenreaktion. In der Papillarschicht des Corium fiel ferner eine aufserordentlich zahlreiche Ansammlung von Rundzellen auf; die Papillen selbst waren im Längen- und Breitendurchmesser vergröfsert. Sowohl um die Gefäfse, die auf dem Durchschnitt erweitert schienen, als auch um die Schweifsdrüsenknäuel war starke zellige Infiltration vorhanden. Haare und Talgdrüsen zeigten keine Abnormität. Lymphräume erweitert, die M. arrector pilor. hypertrophisch.

In den Aufsatz: **Über die Brauchbarkeit des Jodtrichlorids als Desinfiziens und Antiseptikum** sagt Langenbuch, dafs er eine Lösung von 1 : 1200 zur mehrmals täglichen Einspritzung bei Gonorrhöe mit gutem Erfolge angewandt hat. Auch bei Hautkrankheiten kam es, meist in Form von zweistündlich zu wiederholenden frottierenden Waschungen, in Anwendung, und glaubt er unter andern einen veralteten Fall von Psoriasis simplex auf diese Weise dauernd geheilt zu haben. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 40. 1887.)

Stabsarzt Dr. Behring hat bei seinen Untersuchungen über den **antiseptischen Wert der Silberlösungen und Behandlung von Milzbrand mit Silberlösungen** gefunden, dafs lokale Erkrankungen, welche durch Mikroorganismen erzeugt sind, durch Silberlösungen günstig beeinflufst werden können. Er hat frische Gonorrhöe mit verschiedenen Silberlösungen mit einem Silbergehalt von 1 : 7500 behandelt und konnte in 5 Fällen beobachten, dafs ausnahmslos nach 3 Injektionen im Sekret die Neisserschen Gonokokken nicht mehr nachweisbar waren. In wie weit auch die Krankheitsdauer durch Anwendung stark verdünnter Silberlösungen abgekürzt werden kann, wird sich erst auf Grund zahlreicherer Beobachtungen sagen lassen. In bezug auf die Fähigkeit, das gonorrhoische Sekret zum Verschwinden zu bringen, verhalten sich die Silberlösungen nicht gleich. Besseres als die einfachen Silbernitratlösungen, leisten die alkalischen Lösungen, und von diesen wiederum soll folgende Zusammensetzung die zweckmäfsigste sein Zu 7,5 ccm sterilem flüssigen Blutserum wurden 5 ccm 1,5 % Silbernitratlösung hinzugefügt. Der hierbei entstehende weifse, käsige Niederschlag wurde durch 100 ccm gesättigtes, kohlensäurefreies Kalkwasser fast vollständig gelöst und zu dieser Lösung wurden dann 400 ccm destilliertes Wasser hinzugesetzt. Diese Flüssigkeit wird nach kurzer Zeit vollkommen klar. Der Gehalt an reinem Silber in derselben beträgt 0,05 : 500 = 1 : 10,000. Irgend welche Beschwerden haben die Einspritzungen nicht verursacht. Bei einem ausschliefslich mit dieser Lösung behandelten Patienten mit frischer Gonorrhöe war nach 36 Stunden das eiterige Sekret verschwunden; er erhielt noch 2mal täglich eine Einspritzung an den beiden folgenden Tagen und wurde nach 5 Tagen geheilt entlassen. In andern Fällen, bei welchen mit den Lösungen gewechselt wurde, konnte zwar auch regelmäfsig die Umwandlung des eiterigen Sekrets in sehr spärliches, wässeriges innerhalb von 24—48 Stunden beobachtet werden, aber wenn mit der Behandlung aufgehört wurde, kam nach einigen Tagen der Ausflufs wieder. Bei den Einspritzungen ist sorgfältig darauf zu achten, dafs die Silberlösungen unzersetzt sind. Ferner ist der Stempel der Spritze, welche aus Glas oder Metallansatz bestehen mufs, mindestens einmal täglich mit destilliertem Wasser auszuwaschen. Am besten eignet sich eine Spritze ohne Stempel, welche nach Art der Kochschen Injektionsspritze angefertigt ist. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 38. 1887.)

Zur operativen Behandlung der Dilatation und Erschlaffung der weiblichen Harnröhre, von Dr. Otto Engström. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 40. 1887.) Die häufigste Ursache der Erweiterung von Insuffizienz der Harnröhre ist das Geburtstrauma, doch kann dieselbe auch der Penis bewirken, wenn der Scheideneingang verschlossen oder ungewöhnlich verengt ist. Aufserdem kann die Urethra erweitert werden durch Neubildungen derselben oder der Blase, durch Blasensteine, exzentrische Narbenretraktion etc. In bezug auf den Grad der Inkontinenz gibt es grofse Verschiedenheiten; von einer nur bei der höchsten Steigerung des intraabdominalen

Druckes erscheinenden Insuffizienz des Blasenverschlusses bis zu einem bei nahe vollständigen Unvermögen, den Harn auch bei nur geringer Körperbewegung zurückzuhalten, gibt es zahlreiche Übergänge. Die dagegen empfohlenen Medikamente hatten alle keinen Erfolg, weshalb man das Leiden operativ zu beseitigen versuchte. Verf. hat von der FRANK-WINKELschen Operationsmethode gute Erfolge gesehen und beschreibt einen auf diese Art operierten Fall. Um indessen mit Sicherheit einer Verschlimmerung der Inkontinenz, beruhend auf einer aus irgend welcher Ursache nicht eintretenden prima intentio vorzubeugen, machte E. später eine kleine Modifikation des FRASIschen Operationsverfahrens. Statt die keilförmige Excision durch das ganze Septum urethro-vaginale auszuführen, machte er jene nur bis an die Harnröhrenschleimhaut, also nur durch die Vaginalschleimhaut, sowie durch die muskulösen und bindegewebigen Teile des Septum, während die Urethralmucosa erhalten blieb. Der keilförmige, an der vaginalen Fläche ziemlich breite Streifen wurde vom Orificium extern. urethrae bis an das Orificum internum ausgeschnitten. Von dieser Gegend an wurde die Anfrischung etwas seichter, nur durch die vaginale Schleimhaut in ovaler Form eine kurze Strecke fortgesetzt. Die Wundflächen wurden danach mittels querlaufender Suturen zusammengenäht. Würde bei dieser Operationsmethode eine prima intentio nicht eintreten, so könnte man doch auf den erzielten Ausgang, nämlich auf Heilung der Inkontinenz hoffen. Denn auch per granulationem mufs hierbei eine Verengerung der Harnröhre eintreten. Hierzu bringt E. 2 Beispiele, bei denen diese Art der Operation einen dauernden Erfolg hatte.

Über einen Fall merkwürdiger Analgesie der Harnwege, von Dr. FRIEDR. SCHÄFER. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 40. 1887.) Der 54-jährige Patient, der anamnestisch kein einziges Symptom eines Steinleidens darbot, sondern nur über ein gelindes Brennen beim Wasserlassen klagte, ist nie katheterisiert oder bougiert worden. Schmerzen in den Nierengegenden oder sonst im Bereiche des Urogenitalapparates hat er niemals gehabt, Griesabgänge im Urin nie bemerkt. Der Urin war völlig normal, schwach sauer, ohne jedes Sediment; mikroskopischer Befund negativ. Bei der Untersuchung mit einer Steinsonde kam man rechts im Fundus der Blase auf einen auffallend leicht beweglichen Stein anscheinend von der Gröfse einer kleinen Kirsche, der deutlich hin und her geschoben werden konnte. Während dieser Prozedur hatte der Patient auch nicht den leisesten Schmerz empfunden. Unmittelbar danach wurde ohne Assistenz und ohne Narkose die Lithothripsie ausgeführt, ohne dafs der Patient auch nur den geringsten Schmerz verspürte. Eine Reaktion trat auch nicht ein. Eine so absolute Unempfindlichkeit gegenüber einem notorisch sehr schmerzhaften Eingriffe bei einem sonst völlig gesunden Individuum ist nach Verfassers Ansicht in der Litteratur noch nicht beschrieben.

Beitrag zur Behandlung der Lues mit Neifserschen Kalomelinjektionen, von Dr. C. REINHARDT in Halle. (*Deutsche Med. Wochenschr.*

No. 41. 1887.) Die erste Kur der Syphilis soll eine energische sein; hierbei soll der Organismus unter kräftige Hg-Einwirkung gebracht werden, zumal es gerade im Anfang der Krankheit am besten und am leichtesten gelingt, dieselbe durch therapeutische Maßregeln zu beeinflussen. Neissers Verdienst ist es, dieser Aufgaben zum grössten Teile gerecht geworden zu sein, indem er die Kalomelinjektionen wieder einführte. R. hat die Kalomelinjektionen und zwar in Verbindnng mit Olivenöl bei 30 Patienten angewandt, die im ganzen 104 Injektionen erhielten. Von den 30 Kranken boten 21 das Bild einer mehr oder weniger lange bestehenden sekundären Lues mit den bekannten Sekundärerscheinungen dar: Drüsenschwellungen, makulöses, papulöses Exanthem, Roseolen, Impetigo capitis, Ausfallen der Haare, Angina luetica, Plaques muqueuses, Condylomata lata, Psoriasis palmaris etc. Diese 21 Kranken erhielten zusammen 85 Injektionen; die übrigen 9 Fälle wurden mit Kalomelinjektionen als Nachkur behandelt, um prophylaktisch das Wiederkehren von Recidiven zu verhüten. Diese erhielten in den ersten Monaten nach der Hauptkur alle 4 Wochen, später alle 6 Wochen eine Injektion von 0,1 Kalomel, falls nicht früher wiederkehrende Erscheinungen eine frühzeitigere Behandlung bedingten. Die Methode der Injektion war folgende: Dieselbe wurde 3—4 cm von der Analfurche entfernt, etwas oberhalb des Sitzbeinknorren in die Muskulatur des Glutäus ausgeführt, und zwar mit einer langen Nadel direkt in die Glutäalmuskulatur, nachdem die Gegend vorher mit Äther oder auch mit Bürste, Seife und Karbolwasser gereinigt war. Vorher war die gut desinfizierte Nadel mit reinem Olivenöl ohne Kalomel angefüllt; nach dem Einstich wurde die Spritze mit der vorher gut geschüttelten Kalomelölsuspension gefüllt und dann injiziert; zuletzt wurden noch einige Teilstriche reines Olivenöl nachgespritzt, damit nicht beim Herausziehen der Nadel Kalomelpartikelchen an der Spitze haften und sich in den Stichkanal entleeren konnten. Bei Anwendung dieser Vorsichtsmaßsregeln hat R. weder einen Abscefs noch eine Vereiterung eines Stichkanals beobachtet. Nach Herausziehen der Nadel wurde die Stichöffnung mit Jodoformkollodium bepinselt. Nach der Injektion wurde dem Kranken einige Stunden Ruhe geboten, sowie die Applikation feuchter Umschläge auf die Injektionsstelle verordnet. Alcoholica (Excesse in baccho und in venere), reizende Ernährung, sowie jede Überanstrengung wurden verboten. Zu einer einfachen, aber kräftigen Kost wurde anfangs täglich 1 Theelöffel Kochsalz zugesetzt, um eine wirksamere, energischere Umwandlung des Kalomels in Sublimat zu bewerkstelligen. Da einige male Diarrhöen eintraten, so wurde das Kochsalz später fortgelassen. Die Injektionen wurden je eine alle 8 Tage gemacht, und genügten 5, höchstens 6 Injektionen, um vollständige Heilung zu erzielen. Die Heilwirkung der Kalomelinjektion war durchweg eine überraschende. In allen Fällen trat schon nach der zweiten, oft schon nach der ersten Injektion ein deutliches Zurückgehen der Syphilissymptome zu tage; bei einzelnen war nach 4 Injektionen eine vollständige Heilung erzielt. Was die Schmerz-

haftigkeit anbetrifft, so hat R. bei 104 Injektionen nur 37 mal gröfsere oder geringere Schmerzen zu verzeichnen gehabt, also bei 35,4 %. Fast alle gaben an, dafs die Schmerzen am 2. oder 3. Tage auftreten, am 4. und 5. Tage ihre Höhe erreichen, dann abnehmen und in kürzerer Zeit verschwinden. Sehr wichtig ist die Mundpflege, da manche sehr leicht heftige Stomatitis und Diarrhöe danach bekommen. Von den 30 Patienten klagten 7 über Beschwerden infolge von Stomatitis, Gingivitis, Salivationen etc., welche Erscheinungen aber einen gutartigen Verlauf nahmen. Diarrhöen, mit oder ohne kolikartige Schmerzen, wurden 4 mal beobachtet, doch hörten dieselben bei sofortiger Regelung der Diät oder einigen Tropfen Tinct. Thebaic. oder einer Emulsion sehr bald auf.

Das Kontagium der Syphilis, von Dr. J. Disse. (Ebenda.) In Blutstropfen von syphilitischen Personen kann man durch Färbung nach der Methode von Gram kleine, von einer Hülle umgebene Kokken nachweisen, die frei im Plasma schwimmen, aber ungleichmäfsig im Blute verteilt sind. Auf sterilisiertem Nährboden wachsen diese Kokken bei Temperaturen von 20°—40° C. binnen einigen Tagen zu Kulturen aus, die auf der Oberfläche einen grauweifsen Überzug bilden. Die Vegetation besteht hauptsächlich aus Diplokokken von 0,0018 mm Länge, die sich in neutralisierter Fleischbrühe bei höherer Temperatur bewegen, und aus etwas gröfseren, die ruhig liegen. Letztere teilen sich, und aus jedem der frei gewordenen Kokken geht durch eine zweite Teilung ein kleiner, beweglicher Diplokokkus hervor. Einzelne Kokken, wie sie im Blut bei latenter Syphilis meist sich finden, kommen in Kulturen seltener vor; dieselben sind eine Ruheform, das aktive Individuum ist der Diplokokkus. Es wurden die Kokken im Blut von 12 Individuen nachgewiesen, von denen bei 10 die Lues latent war, während bei 2 Exanthem bestand; im Blut von nicht Syphilitischen dagegen fanden sich derartige Kokken niemals. Bei Japanern und bei Europäern, ob sie die Syphilis in Europa oder in Japan acquiriert hatten, fand sich jedesmal ein und dieselbe Form im Blute. Zweimal gelangen auch Kulturen aus dem Blut syphilitischer Leichen. Werden kleine Mengen einer derartigen Reinkultur in das Blut von Säugetieren von einer Wunde aus eingebracht, so vermehren sich die Diplokokken sehr lebhaft und können bei Kaninchen und Dachshunden nach 14 Tagen, bei Schafen nach 4 Wochen im Blut nachgewiesen werden. Sie bleiben monatelang, bis zum Tode des Impftieres, nachweisbar; Monate nach der Impfung findet man sie auch im Harn und im Perikardialserum. Es wurden zur Impfung Kulturen aus dem Blut von Menschen, aus dem Blut von Leichen, aus Tierblut und aus dem Harn eines geimpften Tieres verwandt. Sämtliche geimpften Tiere, 7 Kaninchen, 5 Hunde, 2 Schafe, erkrankten. Die Erkrankungen umfassen: 1. Chronisch entzündliche Prozesse, die der Hauptsache nach interstitiell verlaufen (Lunge, Leber). 2. Bildung von Geschwülsten, die aus vaskularisiertem Rundzellengewebe bestehen und zur Verfettung neigen (Lunge, Leber, Nieren). 3. Multipel auftretende Arterienerkrankungen, die mit Ver-

fettung und Ruptur der Wand enden (Herz, Lungen, Nieren). 4. Entartung des Parenchyms in Herz und Nieren, herbeigeführt durch mangelhafte Ernährung infolge der Zirkulationsstörungen. Die Impfstelle, die Haut und die Schleimhäute bleiben frei. Von ergreifendster Bedeutung ist die multiple Gefäfserkrankung; dieselbe tritt infolge der luetischen Infektion bei Menschen auf an den kleinen Arterien der Haut, seltener an den Arterien des Hirns und der Retina; bei Tieren erkranken die kleinen Arterien andrer Systeme, welche bei Menschen der Regel nach frei bleiben. Die Pneumonie bei Tieren ist genau gleich der infolge von Syphilis bei Menschen öfters auftretenden Lungenaffektion. Die verimpften Kokken lassen sich im Blut der Tiere jederzeit nachweisen; sie finden sich auch in den erkrankten Organen. Der Nachweis der Kokken gelang nicht in der Wand der kleinen Arterien, die erkrankt waren, auch nicht innerhalb der aus Granulationsgewebe bestehenden Geschwülste in Leber und Niere. Immer liegen die Kokken der Lues frei. Einmal wurden sie in einem Gumma der menschlichen Leber, neben kleinen Blutextravasaten liegend, zahlreich angetroffen.

Durch Vererbung wurden infiziert 7 Hunde, die sämtlich starben; aufserdem wurden 6 Embryonen eines geimpften Kaninchens und 3 einer geimpften Hündin untersucht, und ergab das Gesamtbild der, stets nebeneinander vorkommenden Erkrankungen das der visceralen, hereditären Syphilis bei Menschen. Erkrankung der Uterusschleimheit und der Placenten wurde einmal bei einem trächtigen Kaninchen beobachtet. In der Uterusschleimhaut, zwischen den Placentarstellen, safsen in beiden Hörnern gröfsere gelbliche Knoten, die aus gewuchertem Gewebe der Propria bestanden und die nebst dem deckenden Epithel völlig verfettet waren. An den Placenten fanden sich gröfsere Knoten, gänzlich aus verfettetem Gewebe bestehend. Kokken fanden sich im Gewebe der Placenta materna und foetalis, auch an den Eihäuten zahlreich vor.

Berlin. L. Hoffmann.

Amerika.

Einige Unregelmäfsigkeiten der Pigmentation. (*The American Lancet.* Septbr. 1887.) Dr. C. C. Yemans (Detroit) fragt: Was ist Farbe? Ist es ein Stoff; hat sie ein selbständiges Dasein? Ist es eine Veränderung des Lichts, welches alle Gegenstände trifft, wobei das normale Licht gespalten wird? Oder ist Farbe nur eine subjektive Wahrnehmung? Yemans erklärt, er wolle sich nur mit den Veränderungen beschäftigen, die bei einer abnormen Anordnung der farbenempfindenden Elemente im Auge eintreten müssen.

Indem er dann zur Hautfärbung übergeht, beschreibt er das rete mucosum als eine Schleimhaut, die beständig von der Blutflüssigkeit bespült wird, und in welcher der Farbstoff abgelagert wird, von dem die Haut ihre Farbe hat. Das Haar, eine modifizierte Epidermis, erhält sein Pigment aus

derselben Quelle. Es sei bekannt, dafs die Negerkinder in Afrika mit einer ebenso weifsen Haut zur Welt kämen, wie die der kaukasischen Rasse, und dafs nur die Ablagerung von Farbstoff in die Haut dieselbe so schnell dunkel färbe.

Alle echten Pigmente stammen vom Blutfarbstoff, gleichviel ob es sich um physiologische oder pathologische Vorgänge handelt. Wir müssen zwischen echter Hautfärbung unterscheiden und solcher, welche durch Resorption von Hämatoidin entsteht, wie es bei Ikterus der Fall ist. Aufserdem gibt es eine andre Hautverfärbung und zwar infolge von Medikamenten, welche ebenfalls keine echte Hautpigmentierung ist. Als bekanntestes Beispiel wird der Argyrismus bei Höllensteingebrauch angeführt.

Der Farbstoff besteht aus besonderen, deutlichen Zellen, die innerhalb der roten Blutkörperchen gebildet und Hämoglobin genannt werden. Gelangt dieses Hämoglobin in die Gewebe und bleibt dort liegen, so bildet es eben das, was wir gewöhnlich Pigment nennen.

Die Milzbrandepidemie zu Guelph, von Dr. W. M. B. Atkins (*Canadian Practitioner*. Septbr. 1887.) Während der letzten Monate bestand unter den Rindern und Schafen in der Nachbarschaft von Guelph eine Krankheit, die man für Milzbrand hielt und die unter den Herden grofsen Schaden anrichtete. Auch verschiedene Menschen, die mit den Tieren zu thun hatten, erkrankten, wenn auch nicht lebensgefährlich. Als Entstehungsursache nimmt man an, dafs der Milzbrandbacillus mit fremder Wolle aus türkischen und syrischen Häfen eingeführt worden sei.

Am 25. August erhielt Dr. Atkins eine Blutprobe von einem während der genannten Epidemie verstorbenen Tier. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand er kleine stäbchenförmige Körper ohne Molekularbewegung, aufserdem noch kleinere Stäbchen, die sich lebhaft bewegten. Er fertigte davon Kulturen an, mit denen er drei Kaninchen, zwei junge Katzen und zwei Meerschweinchen unter die Haut impfte. 18 Stunden später starb eines von den Meerschweinchen. Die Lungen waren stark kongestioniert; die Pleurahöhle enthielt viel seröse Flüssigkeit, die, mikroskopisch untersucht, von kleinen stäbchenförmigen Körpern wimmelte, welche gleich breit, aber von verschiedener Länge waren. Im Blut von Leber und Herz fanden sich ebenfalls kleine Stäbchen. Ein zweites, mit dieser Flüssigkeit geimpftes Meerschweinchen starb 16 Stunden später. Von diesem wurde auf ein drittes übergeimpft, das nach 10 Stunden starb. Das andre der zuerst geimpften Meerschweinchen erkrankte ebenfalls deutlich. Es wurde nochmals mit dem Blut vom dritten Meerschweinchen geimpft und starb nach 24 Stunden. Sein Blut enthielt gleichfalls zahlreiche Bacillen.

Dr. Atkins vermag nicht anzugeben, woher es kam, dafs Kaninchen und Kätzchen sich gegen dieses Virus immun verhielten, während die Meerschweinchen ihm unterlagen.

Die chirurgische Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Dr. George Henry Fox, New York. (*The Canadian Practitioner*. August

1887) empfiehlt den Gebrauch der Lanzette bei verhärteter Aknerosacea und bei chronischen Beingeschwüren; ferner die Anwendung der Elektrolyse zur Zerstörung von Angiomen, zur Entfernung von Pigmentmalen und überflüssiger Haare; den elektrischen Strom bei allgemeinem Pruritus; die Kurette beim Epitheliom und Skarifizierungen gegen Lupus, und zwar lineare Skarifikationen beim Lupus vulgaris, besonders beim Lupus ulcerativus der Nase. Er behauptet, dafs die daraus sich ergebende Narbe weniger entstellt, als solches nach der Anwendung des scharfen Löffels oder von Ätzmitteln der Fall ist.

Über die Behandlung des Nagelgeschwürs ohne Einschnitt, von Dr. L. Duncan Bulkley. (*The Journal of the American Med.-Association.* Juli 30. 1887.) Die Behandlung besteht in allgemeinen und örtlichen Mafsnahmen und bezweckt mehr Entzündung und Eiterung zu hintertreiben, als sie zu befördern, wie es doch gewöhnlich mit heifsem Verband zu geschehen pflegt.

Folgendes Kathartikum wird zuerst angewandt:

Extract. coloquinth. comp.	
Massa hydrarg.	aa 10,0
Pulv. Ipecac.	2,0

M. Div. in part. No. IV.

Davon sind des Abends 2 Pillen zu nehmen und am übernächsten Abend die andern beiden. Von vornherein wird ein Tonikum gereicht, gewöhnlich das als Startins Mixtur bekannte. Aufserdem gibt Dr. Bulkley Calcium sulf. 0,25 2stünd. eines in Gelatinekapseln.

Der erkrankte Finger wird mit Hebrascher Bleisalbe bestrichen. Der erkrankte Teil soll überhaupt nicht bewegt, auch die Salbe nicht abgekratzt werden. Die Heilung erfolgt viel schneller als bei dem gewöhnlichen Verfahren mit heifsen Umschlägen und Einschnitt.

Ein Horngewächs am Penis, von Dr. John W. Brinton, Philadelphia. (*The Medical News.* 6. Aug. 1887.) Es handelte sich um einen 62 Jahre alten Farmer, der seit mindestens 4 Jahren auf seinem Glied ein Horn trug, welches allmählich aus einer Warze entstanden war. Nach seiner Meinung hatte die Warze, die lebhaft juckte, diese Umwandlung dadurch erfahren, dafs er sie beständig durch seine Kleider hindurch rieb und drückte. Sie war völlig schmerzlos und verursachte weiter keine Beschwerden, nur dafs sie mechanisch den Koitus behinderte. Das Horn entsprang von der Basis der Glans am Sulcus coron. uud war mit der Eichel und der Vorhaut fest verwachsen. Seine Länge betrug $1^7/_8$ Zoll, sein Umfang am Grunde $1^3/_8$ Zoll. Aufserdem entsprang vom Grunde des Horns eine dicke Hornplatte, legte sich ringförmig um das Ende der Glans, bedeckte und zerstörte das Frenulum, umgab die äufsere Harnröhrenöffnung und verengerte sie bis zur Gröfse eines Stecknadelkopfs, so dafs der Urin nur ganz langsam tropfenweise entleert werden konnte; an die Einführung irgend eines Instrumentes war nicht zu denken.

Dr. P. fügt hinzu, dafs Horngewächse auf dem Penis auffallend „selten" vorkommen, und dafs man erstaunt sein müsse, in der ganzen englischen, deutschen und französischen Litteratur nur 14 Fälle erwähnt zu finden.

Im vorliegenden Falle war das Übel so bedeutend und die Verengerung der Urethra so hochgradig, dafs man sich zur Amputation der Eichel dicht hinter der Corona entschlofs. Der Kranke erholte sich sehr schnell und verliefs das Krankenhaus noch vor Ablauf eines Monats.

Striktur der weiblichen Harnröhre, von Dr. Ely van de Warker, New York. (*The Medical News.* 17. Juli. 1887.) Die gynäkologischen Schriftsteller befinden sich alle im Irrtum über die Bedeutung und die Häufigkeit der Striktur der weiblichen Harnröhre. Das ist wenigstens die Ansicht des Dr. van de Worker. Nach seiner eignen Erfahrung nimmt er an, dafs ihr Vorkommen so häufig und ihre Folgen so ernst sind, wie beim männlichen Geschlecht. Wenn wir mit der Sonde untersuchen, so erfahren wir nur, dafs die Harnröhre verengt ist. Wir können aber leicht grofse Strikturen völlig übersehen. Deshalb empfiehlt er den Gebrauch von Kugeln. Eine Verengerung, die beim Manne kaum Beschwerden verursacht, bedingt nach ihm bei Frauen schon eine Dysurie und Harnverhaltung. Das Lumen der normalen weiblichen Harnröhre bleibt sich im ganzen Verlauf nicht gleich. Es ist an der äufsern Harnröhrenöffnung enger, in der Mitte weit und verengert sich wieder vor der Mündung in die Blase.

Über die Abortivbehandlung von Furunkeln, von Dr. Louis Heitzmann, New York. (*The Medical Record.* 6. Aug. 1887.) Bekanntlich erweist sich Salycilsäure bei Hautkrankheiten oft nützlich. Daraufhin hat H. Furunkeln mit Salycylsäurepflastern oder Salbe behandelt und war von dem Erfolg überrascht. Er verordnet zu täglich 2maligem Gebrauch: Acid. salicyl. 7,50; Empl. sapon. 60,0; Empl. diachil. 30,0.

Sein erster Fall betraf einen jungen Menschen, der seit 3 Wochen an Furunkulose des Nackens litt. Trotz vielfacher Einschnitte bildeten sich immer wieder neue Beulen, so wie die alten geheilt waren. Als H. ihn zuerst sah, hatte er ungefähr ein Dutzend davon auf dem linken Nacken sitzen. Drei Tage nach Anwendung genannter Salbe waren die Schmerzen geschwunden, die freie Beweglichkeit des Halses war hergestellt und nur noch ein paar Furunkeln waren übrig geblieben. Nach weiteren drei Tagen war er völlig geheilt. H. hatte seitdem mehrmals Gelegenheit, die Wirksamkeit der Salicylsäure gegen Furunkulosis zu erproben. Wurde sie zeitig genug angewandt, so genügten 6—8 Tage völlig zur Heilung selbst ausgebreiteter Furunkulosis.

New York. F. Tilden Brown.

Verschiedenes.

Karbol-Glyceringelatine. Als Mittel gegen Brandwunden hat sich ist in der New Yorker Hospitalpraxis auch ein Glycerinleim von folgender Form eingebürgert:

℞	*Gelatinae alb.*	30 pts.
	Glycerini	4 „
	Acid. carbolici	1 „
	Aquae	64 „

Die Gelatine wird in kaltem Wasser bis zum Erweichen maceriert, hierauf im Wasserbade erwärmt, bis die Masse geschmolzen ist. Nach Zusatz des Glycerins wird das Erwärmen so lange fortgesetzt, bis eine feste, glänzende Haut sich an der Oberfläche zu bilden beginnt, sobald man mit dem Umrühren der Mischung aussetzt. Hierauf wird die Karbolsäure zugesetzt und innig durchgemischt.

Dieses Präparat wird bereit gehalten und in gut verschlossenen Porzellantiegeln aufbewahrt. Im Gebrauchsfalle erwärmt man die Mischung am besten im Wasserbade bis zum Schmelzen und trägt davon auf die verbrannte Körperstelle mittels einer weichen, flachen Bürste oder Federfahne auf, so dafs eine undurchdringliche, geschmeidige Haut über der wunden Stelle sich bildet. (*Pharm. Centr.-Halle.* 1887. pag. 339.)

Können von der Schleimhaut des Magens auch Bromide und Jodide zerlegt werden? von E. Külz. Maly hat durch Versuche festgestellt, dafs bei der Einwirkung von Mononatriumphosphat und Dinatriumphosphat auf Natriumchlorid und Calciumchlorid Salzsäure frei werden kann, und damit zuerst eine auf Thatsachen fufsende Theorie der bisher völlig unaufgeklärten Salzsäurebildung im Magen geschaffen; E. Külz hat diese Versuche sodann wiederholt und die Richtigkeit der Behauptung Malys insoweit bestätigt, dafs Salzsäure in der That unter den angegebenen Verhältnissen auftreten kann, indessen glaubt derselbe, dafs sich die Behauptung — dieselbe entstehe wirklich auf diese Weise im Organismus — nicht mit vollster Bestimmtheit aussprechen läfst, und ist der Ansicht, dafs auch die Malysche Theorie nicht alle die Magensaftsekretion betreffenden Thatsachen zu erklären imstande sei.

E. Külz hat sodann zu entscheiden gesucht, ob auch freie Bromwasserstoffsäure und Jodwasserstoffsäure bei Verabreichung von Bromiden und Jodiden im Magensafte zu finden sei. Dafs die im Magensafte enthaltene Chlorwasserstoffsäure aus den Bromiden und Jodiden die entsprechenden Säuren nicht in Freiheit zu setzen vermag, ist durch Versuche nachgewiesen, indem selbst beim Erhitzen von Bromkalium und Jodkalium mit rauchender Salzsäure ein Austausch nicht stattfindet. Das Resultat der ausführlich beschriebenen Untersuchung war der experimentell erbrachte Beweis, dafs nach Einfuhr von Bromnatrium oder Bromkalium, sowie von Jodkalium im Magensafte neben Chlorwasserstoffsäure auch Bromwasser-

stoffsäure resp. Jodwasserstoffsäure auftreten, dafs also der tierische Organismus nicht nur Chloride, sondern auch Bromide und Jodide zu zersetzen vermag. (*Zeitschrift f. Biologie.* 23. Bd. pag. 460.)

Über die Wirkung des Extractum fluidum Quebracho bei lokaler äufserer Applikation, von M. Bourdeaux. Nach den Versuchen, die Verf. in den letzten Jahren angestellt hat, ist das Extractum Quebracho ein die Vernarbung energisch förderndes Mittel. Auf frische, glattrandige Wunden gepinselt, wirkt es unter vorübergehender Erregung leichten Schmerzes in ähnlicher Weise wie das Kollodium und bedingt Heilung per primam intentionem. In gleich günstiger Weise kann man es bei Verbrennungen und Erfrierungen anwenden, wenn die ulcerierten Stellen ein gutes rosiges Aussehen zeigen. Das aufgepinselte Extractum Quebracho verhärtet im Laufe von einer Stunde und bildet dann eine braune, vertrockneten Blute ähnliche Kruste, welche den Geweben fest anhaftet und nur mit warmem Wasser wieder entfernt werden kann. Die Wundsekretion versiegt, wenn die Kruste abfällt, ist die Wunde geheilt, so dafs man hier von einer wahren Heilung unter dem Schorf reden kann. Ein grofser Vorteil dieser Behandlung liegt darin, dafs sie alle Verbandstücke entbehrlich macht.

(*Archives médicales Belges.* April 1887.)

In den *Helfenberger Annalen* von 1886 von Eugen Dieterich findet sich folgender technischer Artikel, dem wir wegen des jetzt allgemeineren Interesses für überfettete Seifen, Salbenseifen, Mollin etc. hier vollen Raum gewähren.

Sapo unguinosus und seine Anwendung als Salbenkörper.

Die gemeinsame Anwendung von Seife und unverseiftem Fett ist zwar nicht neu und besonders in Krätzsalben älteren und neueren Datums gebräuchlich; sie blieb aber zumeist auf die genannte Gattung von Salben beschränkt. Die Bedeutung einer überfetteten Seife wurde bekanntlich erst von Unna hervorgehoben und seinem Erpfindungsgeist verdanken wir sowohl überfettete Natron- als auch Kaliseife.

Wir bereiten die Sapo unguinosus seu leniens nach folgender Vorschrift:

1000,0 Kalii carbonici puri
kochen wir mit
600—800,0 Calcariae ustae,
q. s. Aquae
zu Lauge, dampfen diese auf ein spez. Gew. 1,180 ein und vermischen mit
4000,0 Adipis suilli,
das Ganze $1^1/_2$ Stunde rührend.

Wir fügen nun

400,0 Spiritus
hinzu, bedecken das Gefäfs, digerieren 12 Stunden bei 50—60° und setzten schliefslich

1500,0 Glycerini
zu.

Die so hergestellte Seife bildet einen sehr geschmeidigen Salbenkörper, der sich ziemlich rasch in die Haut einreibt und der äufseren Beschaffenheit nach wohl geeignet erscheint, dem Zwecke zu entsprechen.

Es mufste aber doch die Frage aufgeworfen werden, mit welchen Stoffen das neue Präparat in Verbindung gebracht werden dürfe und wo die Grenze für seine Verwendung zu ziehen sei. Wir machten daher die in folgender Tabelle zusammengestellten Salben, prüften sie sofort nach der Bereitung und nach vierwöchentlichem Aufbewahren in verschlossenen Glasbüchsen. Als Vorbilder für die Zusammensetzungen dienten uns die gebräuchlichen Salben und medizinischen Seifen. Die Zusätze wurden in verriebenem und trockenem Zustand gemacht.

Zusammensetzung	Verhalten in frischem Zustand	Verhalten nach 4 Wochen
10,0 Boracis pulv. 90,0 Sap. unguinos.	normal.	roch stark ranzig und hatte ein gelbes Liquidum abgesondert.
10,0 Acidi carbolici 90,0 Sap. unguinos.	normal.	sehr schaumig und fast geruchlos.
10,0 Chrysarobini 90,0 Sap. unguinos.	dunkelrotbraun, aber homogen.	zersetzt.
10,0 Natr. sulfo-ichthyol. 90,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
10,0 Kalii jodati 90,0 Sap. unguinos.	normal.	anscheinend normal, doch hatte sich freie Fettsäure gebildet und bedurfte dieselbe pro 1 g Mischung 0,95 ccm KHO $^1/_{10000}$ = 5,3 mg KHO zur Neutralisation.
10,0 Kalii jodati 1,0 Jodi puri 89,0 Sap. unguinos.	normal.	wurde nach 6 Tagen farblos und stellte nach Wochen eine schaumige Masse vor. Bei der Prüfung auf freie Fettsäuren ergab sich, dafs 1 g der Mischung 2,10 ccm KHO $^1/_{10000}$ = 11,76 mg KHO zur Neutralisation bedurfte.

Zusammensetzung	Verhalten in frischem Zustand	Verhalten nach 4 Wochen
10,0 Kreosoti 90,0 Sap. unguinos.	normal.	ziemlich gut erhalten, nur etwas gelblich.
10,0 Picis liquidae 5,0 Kalii sulfurati 85,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
10,0 Picis liquidae 5,0 Sulfuris praecip. 85,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
10,0 Resorcini 90,0 Sap. unguinos.	normal.	zersetzt.
10,0 Kalii jodati 2,5 „ sulfurati 5,0 „ bromati 82,5 Sap. unguinos.	normal.	es bildete sich, wie bei allen mit Kalium- oder Natriumsulfid versetzten Seifen durch die Berührung mit der Luft eine dünne farblose Schicht an der Oberfläche. Im übrigen war die Mischung normal.
10,0 Thymoli 90,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
10,0 Zinci oxydati 10,0 Ammon. sulfo-ichthyol. 80,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
10,0 Zinci oxydati 5,0 Acidi carbolici 85,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
5,0 Camphorae 95,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
10,0 Olei betulini 90,0 Sap. unguinos.	normal.	Oberfläche hatte sich dunkler gefärbt, sonst normal.
5,0 Balsami Peruviani 95,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
5,0 Tannini 95,0 Sap. unguinos.	mifsfarbig.	zersetzt.

Zusammensetzung	Verhalten in frischem Zustand	Verhalten nach 4 Wochen
10,0 Lapidis Pumicis plv. 90,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
10,0 Kalii sulfurati 90,0 Sap. unguinos.	normal	oberste Schicht ausgebleicht, sonst normal.
10,0 Chlorati hydrati 90,0 Sap. unguinos.	normal.	riecht nach Chloroform. Bei der Bestimmung der freien Fettsäure verbrauchte 1 g 2,95 ccm KHO $^1/_{10000}$ = 16,5 mg KHO zur Neutralisation.
25,0 Chloroformii 75,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
25,0 Styracis depurati 75,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.
10,0 Jodoformii 90,0 Sap. unguinos.	normal.	normal.

Wir ersehen aus vorstehendem, daſs die Verwendung der Salbenseife nur eine bedingte, aber doch in vielen Fällen, besonders wenn es sich um einen zuverlässigen Ersatz der medizinischen Seifen handelt, empfehlenswert ist.

Sie kann mit folgenden Stoffen in Verbindung gebracht werden:

Balsamum Peruvianum,
Camphora,
Chloroform,
Ichthyol,
Jodoform,
Kalium, Natrium oder Ammonium sulfuratum,
Kreosot,
Lapis Pumicis,
Kalium jodatum in Vereinigung mit Kal. sulfuratum,
Oleum betulinum (Ol. Cadi),
Pix liquida,
Styrax liquidus,
Sulfur. praecipitatus,
Thymol,
Zincum oxydatum.

Ohne Zweifel können ferner haltbare Mischungen gemacht werden mit:

Acid. arsenicosum und arsenicicum,
Arnikatinktur,
Kantharidin,
Hydrargyrum metallicum,
Naphtol,
Natrium salicylicum,
„ subsulfurosum,
Pflanzenextrakten,
Toluol,
Xylol.

Leider hat sich, wie die Säurebestimmung zeigte, die mit Kaliumjodid hergestellte Mischung, trotzdem sich die Farbe nicht veränderte, als nicht haltbar erwiesen; es ist dies um so bemerkenswerter und überraschender, weil gerade diese Zusammensetzung sich einer besonderen Empfehlung von seiten Dr. Mielks zu erfreuen hatte. (Aus den wertvollen Säurebestimmungen Dieterichs geht nur hervor, dafs die Jodkaliumsalbenseife nicht vorrätig gehalten, sondern immer frisch dispensiert werden mufs, da sie sich nicht 4 Wochen unzersetzt hält. U.)

Fassen wir die erzielten Resultate zusammen, so scheint uns die Salbenseife vor allem geeignet zu sein, als Körper für weiche medizinische Seifen zu dienen. Für den Apotheker bietet sie für diesen Zweck den Vorteil, dafs er sich derartige Zusammensetzungen selbst bereiten und in Opodeldokbüchsen abgefafst zum Verkauf bringen kann. In Verbindung mit metallischem Quecksilber bildet sie die Merkurialseife, welche zu Schmierkuren manche Vorteile vor der grauen Salbe hat und bereits seit Jahren fabrikatorisch von uns hergestellt wird. Von den Metalloxyden bleibt nur das Zincum oxydatum unzersetzt in der mit der Salbenseife hergestellten Verreibung, während die Oxyde des Quecksilbers und des Bleis, ferner der weifse Präzipat ausgeschlossen sind.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Haslund. *Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen Jodkalium.* (Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph. 1887.)

Schweninger. *Mitteilungen aus der dermatol. Klinik des Kgl. Charitékrankenhauses zu Berlin.* Heft 1—2.

Joseph. *Über Fliegen als Schädlinge und Parasiten des Menschen. III.* IV. (Deutsche Medizinalztg. 1887. 64—65.)

Eisenlohr. *Ein Fall von Ophthalmoplegia externa progressiva und finaler Bulbärparalyse mit negativem Sektionsbefund.* (Neurolalgisches Centralblatt. 1887. 15—16.)

Gläser. *Bericht über die Temperaturverhältnisse in 200 tödlich verlaufenen Typhusfällen, nebst einigen ketzerischen Bemerkungen über Antipyrese.* (Archiv für klin. Medizin.)

Fereari. *Ricerche istologiche sulla placenta di donna lebbrosa, come contribuzione allo studio della patogenia della lebbra.* (Gazzetta degli Ospitali. No. 60. 1887.)

Zeissl. *Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie.* Wien 1887. Braumüller.

— *Sind die tertiären Produkte der Syphilis infektiös oder nicht?* (Internationale klinische Rundschau. 1887. No. 6—21.)

Druckfehlerberichtigung.

No. 20. Seite 903. Zeile 10 von oben, hinter: Verringerung, schalte ein: metallischer Kontaktflächen und Asbestfütterung.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band VI. No. 24. 15. Dezember 1887.

Über Alimentation und Medikation per Rectum bei Hautkrankheiten.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilographie des IX. internationalen medizinischen Kongresses zu Washington,

von

John V. Shoemaker, M. D.
in Philadelphia.

Die Resorptionsfähigkeit der Schleimhaut des Rektums für die mit derselben in Kontakt gebrachten Substanzen ist kaum geringer als die irgend eines andren Teiles des Intestinaltraktus.

Kleine Quantitäten von Milch, Eiern, Haferschleim, Blut, beeftea und nährenden Bouillons werden vom Rektum fast ebenso schnell als vom Magen absorbiert. Verschiedene flüchtige Medikamente rufen die ihnen charakteristischen Wirkungen unmittelbar nach ihrer Einführung in den Dickdarm hervor. Lösungen von Morphium, Atropin, Akonit, Chinin und Hyoscyamin werden ebenso schnell, Strychnin und Nikotin noch schneller durch denselben als durch den Magen aufgenommen.

Regelmäfsig werden alle Substanzen in Lösung durch das Rektum schnell absorbiert, wofern sie nicht von so reizender Beschaffenheit sind, dafs sie eine Muskelkontraktion bewirken, die erst nach ihrer Ausstofsung wieder verschwindet. Lösliche, nicht reizende Substanzen in Form von Pulvern oder Suppositorien werden langsam resorbiert, aber eventuell ebenso sicher, als wenn dieselben in der gewöhnlichen Weise verordnet werden, nur werden sie mit den Fäces zuweilen vor ihrer völligen Absorption entleert.

Die resorbierende Eigenschaft der Rektalschleimhaut benutzt

man mit Vorteil bei der Behandlung der Gastritis, bei Ulcus ventriculi und Karcinomen des Digestionstraktus. Durch absolute Ruhe des Magens, Alimentation und Medikation per rectum werden die Dauer der akuten Anfälle abgekürzt, dieselben sehr häufig ganz beseitigt, oft wenigstens für Monate hinausgeschoben. Dieselben Methoden, welche so günstige Resultate bei diesen Erkrankungen herbeiführen, haben auch bei vielen Hautaffektionen entschiedenen Nutzen.

Nach Exstirpation von Epitheliomen der Lippe und Zunge werden die Patienten gewöhnlich mittels einer Schlundsonde ernährt, aber trotz der gröfsten Vorsicht seitens des Kranken und des Pflegers verursacht die Schlingbewegung der Schlundmuskulatur mehr oder weniger Reizung der Wundränder und dürfte in manchen Fällen eine Exacerbation des Krankheitsprozesses bedingen. Hier wird absolute Ruhe der Rachenmuskulatur und Ernährung des Patienten per Clysma viel besser sein, so lange die Wunde noch nicht völlig geheilt ist. In gleicher Weise sollte für einige Tage nach Kauterisierung oder Auskratzung eines Lupusherdes an der Lippe oder im Mund verfahren werden.

Wenn bei indolenten Kinderekzemen der kleine Patient zwar alle aufgenommenen Speisen bei sich behält und keine Symptome von Gastroenteritis darbietet, trotzdem aber an Gewicht nicht zunimmt, wird oft ein Clysma von 1 Unze Milch, 4 mal täglich, eine direkte Besserung zur Folge haben. In solchen Fällen von ausgesprochener Kinderapepsie ist die Hautaffektion offenbar durch die unzulängliche Ernährung bedingt.

Hartnäckige Pemphigus- und Impetigoformen bei Kindern jeden Alters sind häufig auf dieselbe Ursache zurückzuführen und werden prompt beseitigt, sobald die ungenügende Magenverdauung durch ernährende Klystiere kompensiert wird. Eine Form von recidivierender Akne, die sich bei jungen Mädchen und Knaben schwächlicher Konstitution findet, erweist sich bei näherer Nachforschung in Konnex mit Verdauungsschwäche; bei gutem Appetit und geregelter Digestion verschwindet die Akne; nach einiger Zeit aber vermindert sich ohne nachweisbare Ursache der Appetit, schon der Anblick oder der Geruch von Speise erzeugt Übelkeit, und Erbrechen erfolgt, wenn die Kinder sich dennoch zwingen, so viel

wie vorher zu genieſsen. Sie werden bleich und schwach, und es erscheint ein Recidiv der Akne von gewöhnlich 1—12 Papeln. Die objektive Untersuchung ergibt keinerlei Störung des Digestionsapparates; die Zunge ist rein, die Eingeweide sind normal und die Funktion der Organe ist mit Ausnahme der Nahrungsassimilation regulär. Die übliche Therapie, Eisen, Strychnin, Mineralsäuren, Stomachica und Amara, hat gewöhnlich nach 2—6 Monaten Erfolg; doch können viele Fälle schon in 2—4 Wochen günstig verlaufen, wenn die eben erwähnte interne Therapie mit der Applikation von Milchextrakt oder Bouillonklystieren kombiniert würde.

Als allgemeine Regel, welche bei der Behandlung von Erkrankungen der Haut oder eines andren Organes oder Körperteils strikt befolgt werden sollte, gilt: Wenn der Organismus Symptome ungenügender Ernährung darbietet, sollen nährende Klystiere die Assimilation des Magens unterstützen.

Dieser Grundsatz erleidet nur dann eine Ausnahme, wenn das Rektum wegen gereizten oder krankhaften Zustandes nicht fähig ist, das Clysma bis zur Resorption zurück zu behalten.

Die Bereitung der Klystiere erfordert Sorgfalt, wenn eine Retention derselben erzielt werden soll; ist die Quantität zu groſs, so dehnen sie das Rektum zu sehr aus und erzeugen dadurch heftige, mit Entleerung derselben endende Kontraktionen; gleichen Effekt haben zu kalte oder zu heiſse; sie sollen lauwarm sein und 4 Unzen für einen Erwachsenen, 1½ Unzen für ein Kind nicht übersteigen, ferner nur alle 4 Stunden gegeben werden, sonst rufen sie einen Reizungszustand der Schleimhaut hervor.

Der Rat einiger Autoren, das Rektum vor Applikation des Clysmas durch eine Injektion zu entleeren, ist unbegründet; denn jeder Chirurg weiſs, daſs das Rektum bis zum Beginn der Defäkation einen leeren Schlauch bildet, wie dies vor 40 Jahren durch O'Byrne nachgewiesen wurde.

Was die Therapie per rectum betrifft, so sind für interne Behandlung der Hautkrankheiten Suppositorien die beste Form; sie werden zwar langsamer als Lösungen resorbiert, doch kompensiert die Leichtigkeit, Reinlichkeit und Sicherheit der Applikation die geringe Verzögerung ihrer Wirksamkeit. Sie sind speziell bei

der Behandlung von solchen Kindern von Wert, die einen unbesiegbaren Widerwillen vor jeder Medizin haben und dieselbe trotz Drohungen oder Bitten wieder von sich geben. Hier werden dem Kinde Suppositorien helfen, und Eltern und Ärzte sind aller Qualen mit demselben überhoben.

Die Hauptindikation für eine medikamentöse Behandlung per rectum besteht wie bei Hautaffektionen so bei andern Krankheiten in einer Unfähigkeit des Magens, die zur Wiederherstellung der Gesundheit nötigen Medikamente aufzunehmen oder zurückzubehalten. Hiernach allein richtet sich unser Handeln, es ist daher einleuchtend, dafs es unmöglich ist Hautkrankheiten anzugeben, bei denen jene Behandlung von Wert oder nutzlos sein würde; in jedem Fall ist zu individualisieren. Wenn die vorhandenen Symptome durch die rationelle Anwendung eines bestimmten Medikaments beseitigt werden können, die Magenschleimhaut aber so alteriert ist, dafs das Mittel unmittelbar nach seiner Aufnahme wieder erbrochen wird, so ist es unsre Pflicht, seine Resorption lieber auf eine andre Weise zu erstreben, als es durch irgend ein Medikament zu ersetzen.

In vielen Fällen von Syphilis der Haut wird entweder das Quecksilber vom Magen nicht vertragen oder Einreibungen resp. hypodermatische Injektionen und Fumigationen mit Merkur werden durch häusliche oder geschäftliche Verhältnisse unmöglich gemacht; hier habe ich wiederholt mich überzeugt, dafs durch eine 2mal tägliche Anwendung von Suppositorien mit $^1/_2$ Gran Kalomel oder $^1/_4$ Gran Hydrargyr. bijodat. die luetische Affektion beseitigt und der Patient wieder hergestellt wurde. Syphilitische Erscheinungen bei Kindern können in derselben Weise wirksam behandelt werden, nur ist die Dosis Kalomel auf $^1/_2$ Gran, die des Hydrarg. bijod. auf $^1/_{20}$—$^1/_{100}$ Gran zu reduzieren. Sublimat oder ein andres Quecksilberpräparat kann in entsprechenden Dosen substituiert werden.

Luetische Exantheme werden fast immer durch Leberthran günstig beeinflufst, doch vertragen ihn Patienten zuweilen in keiner Form. In 2 derartigen Fällen mit hochgradiger Idiosynkrasie habe ich durch tägliche Klystiere von 1 Unze Leberthran in 5 resp. 8 Wochen völlige Heilung erzielt.

Findet sich, wie gewöhnlich, bei Erythema multiforme und nodosum, von Malaria abhängig, eine so bedeutende gastrische Reizbarkeit, dafs selbst Wasser unmittelbar nach seiner Aufnahme wieder erbrochen wird, so werden Suppositorien von 20 Gran Chinin in sehr kurzer Zeit alle Symptome beseitigen. Auch die jenen Affektionen gleichende Urticaria simplex, bedingt durch Fermente oder reizende Substanzen im Gastrointestinaltraktus, wird am schnellsten durch zwei Klystiere von 1 Unze Kastoröl mit Glycerin (1 Unze) beseitigt werden.

Erythema, Intertrigo infolge von diarrhöischen Dejektionen, kann oft sofort durch ein einziges Suppositorium einer kleinen Quantität Opium und 5—20 Gran eines vegetabilischen Adstringens, wie Geranium oder Hammamelis, behoben werden. Pruritis ani wird oft durch eine ödematöse Schwellung der Umgebung des Anus bedingt; hier werden juckstillende Waschungen und Salben nur vorübergehend nützen, ja verschlimmern gelegentlich die Qualen des Patienten anstatt sie zu mildern; in solchem Falle wird ein Suppositorium von 10 Gran gepulvertem Geranium oder Quercus alba Ödem und Jucken beseitigen. Auch Pruritus vulvae und allgemeiner Pruritus, bedingt durch Affection der Analnerven, wird beinahe in magischer Weise durch Suppositorien von ½ Gran Opium mit ½ Gran Extract. Belladonnae gestillt; auch erweisen sich Opium ½ Gran und Chloralhydrat 5 Gran oder Chinin 10 Gran mit ½ Gran Extract. cannab. indicae nützlich. Arsenik und Antimon sind in vielen Fällen von Psoriasis von aufserordentlichem Nutzen, doch belästigen sie häufig den Magen so sehr, dafs ihr Gebrauch noch vor dem völligen Schwinden der Eruption ausgesetzt, und durch ein weniger wirksames aber auch weniger reizendes Mittel ersetzt werden mufs. Auf Grund meiner Erfahrung bin ich überzeugt, dafs das Aussetzen der Mittel unter solchen Umständen nicht richtig ist, dafs sie vielmehr mit Vorteil in der Form von Suppositorien fortgegeben werden können, doch müssen sie sorgfältig durch die ganze Masse derselben verteilt sein, in jedem Suppositorium höchstens ½ Gran arsenige Säure oder arsensaures Natron, je 1 1—5mal pro die.— Jodkalium leistet in vielen Fällen von subakuten und chronischen Ekzemen gute Dienste, doch wird seine Anwendung durch den

ihm eigentümlichen aufstoßenden Geschmack und das Jodexanthem beschränkt. In kleinen Dosen in Suppositorien gegeben, läßt es diese unangenehmen Nebenwirkungen nicht erkennen.

In Fällen von hartnäckigem Ekzem werden Clysmata von Leberthran sich wirkungsvoller als irgend ein andres Medikament erweisen; Ichthyosis kann durch dieselbe Methode wesentlich gemildert werden.

Es könnten wohl noch viele andre Hautaffektionen angeführt werden, in denen sich die Medikation per rectum nützlich erweisen wird, ich will jedoch meine Bemerkungen nur auf die Fälle beschränken, in denen ich durch praktische Erfahrung ihren Wert erprobt habe. —

(Übersetzt von Dr. LIER in Kreuznach.)

Über Hauterkrankungen bei Haustieren.

Von

Dr. phil. GEORG MÜLLER,

Dozent an der kgl. Tierarzneischule in Dresden.

(Fortsetzung.)

II. Parasitäre Hauterkrankungen.

a. Durch pflanzliche Parasiten veranlaßt.

10. Alopecia.

Ein teilweiser oder totaler Verlust der Haare, Wolle und Borsten durch verschiedene lokale oder allgemeine Erkrankungen, also eine Alopecia symptomatica, kommt bei unsern Haustieren ziemlich häufig vor, dagegen hat man selten Gelegenheit, Alopecien zu beobachten, welche als selbständiges Leiden auftreten.

Am häufigsten ereignen sich solche Zustände noch bei Hunden und Pferden und geben sich dadurch zu erkennen, daß entweder zirkumskript oder sogleich in größerer Ausdehnung kahle Stellen auftreten, welche sich vergrößern und schließlich den größten Teil der allgemeinen Decke, beim Hunde besonders Rücken, Schwanz, Seitenteile der Schenkel, einnehmen können.

Daneben findet man neben Atrophie der Haare und des Haarbalges eine Pigmentinfiltration der obern Hautschichten, speziell

der Zellen des Rete Malpighi, der Wurzelscheiden der Haarbälge und der Drüsenzellen der Talgdrüsen (SIEDAMGROTZKY, RÖLL).

Bezüglich der Ätiologie sind die Ansichten noch geteilt; die einen halten die Alopecie als durch eine Atrophie der Hautnerven bedingt, die andern meinen, dafs die Ursache der Krankheit in der Anwesenheit pflanzlicher Parasiten zu suchen sei. Indessen ist es bis jetzt nicht möglich gewesen, die Krankheit durch Ansteckung zu übertragen.

Die Behandlung ist überflüssig und nutzlos; überflüssig deshalb, weil eine spontane Heilung über lang oder kurz eintritt, nutzlos deshalb, weil alle bis jetzt versuchten Mittel sich als unwirksam erwiesen haben. Solche Mittel waren besonders fette Öle, ätherische Öle, Spirituosa, Perubalsam, Kanthariden, Schwefelsalbe, Braunsteinsalbe, Chrysophansalbe, Teerpräparate, Sublimatlösungen, Jodtinktur.

11. Favus.

Achorion Schönleinii erzeugt bei Hunden, Katzen, Pferden (selten), Kaninchen, Hausmäusen und Haushühnern eine Erkrankung der Haut, die als Favus, Tinea favosa, Tinea vera, Erbgrind, Wabengrind bezeichnet wird. Der Pilz läfst sich von einem der genannten Tiere auf den Menschen und umgekehrt übertragen, ist ferner übertragbar zwischen Hunden, Katzen, Pferden, Kaninchen und Mäusen, während die Übertragung von Hühnerfavus oder Reinkulturen desselben auf andre Tiere als auf Hühner bis jetzt nicht gelungen ist (GERLACH, SCHÜTZ).

Achorion Schönleinii bildet ein sehr dichtes Geflecht aus reichlich septierten, kurz verzweigten Hyphen, zwischen denen Kugelkonidien zerstreut oder in grofsen Massen angehäuft gefunden werden. Die Pilzmassen können zwischen die Epidermiszellen, in die Oberhaut, in die Scheiden der Haarwurzel, in die Federsäcke, sogar in das Haar und die Federn hineindringen.

Bei den Säugetieren erkennt man den Favusausschlag daran, dafs besonders an bevorzugten Körperstellen (Stirn, Nasenrücken, Basis der Ohren, Bauch, Aufsenfläche der Hinterschenkel, zwischen den Krallen) weifsgelbe bis schwefelgelbe, trockene, mörtelartige Borken auftreten, welche anfangs kaum stecknadelkopfgrofs

sind, aber schliefslich durch Vergröfserung nach allen Seiten hin die Gröfse eines Zehnpfennigstückes und die Dicke von 2—5 mm erreichen können.

Sie stellen dann runde oder elliptische, oft konzentrisch geringelte Scheiben dar, welche auf der äufseren Fläche oft napfförmig ausgehöhlt und meist von matten, glanzlosen Haaren durchbohrt sind, die indessen bald ausfallen.

Wenn man die borkenartige Masse heraushebt, so findet man iene entsprechend grofse, mit hochgeröteter Epidermis ausgekleidete Vertiefung. In der Regel folgt auf die Entfernung eine leichte Blutung.

Bei den Hühnern zeigt sich der Favus zunächst am Kamme und an den Kehllappen. Es treten an diesen Stellen kleine, schmutzigweifse, fast immer napfförmig vertiefte Borken auf, die, gröfser werdend, allmählich den Kamm vollständig überziehen, sich dann anfangs langsam, später rascher auf den ganzen Kopf, den Hals, Rumpf, schliefslich den ganzen Körper des Tieres verbreiten. Die Federn werden trocken, brüchig, fallen aus, die Tiere magern ab und gehen schliefslich an Erschöpfung zu Grunde.

Die Therapie besteht in Entfernung der Scatulae und in Anwendung pilztötender Mittel, von denen Karbol- oder Kreosotlösung (1 : 10), rote oder weifse Quecksilbersalbe, Sublimatlösung (1 : 50—100), Benzinsalbe (1 : 4), Jodtinktur und Pyrogallussalbe (1 : 10) am meisten empfohlen werden können.

12. Herpes tonsurans.

Trichophyton tonsurans ruft bei Rindern, Hunden, seltener Pferden, Ziegen, Katzen, am seltensten bei Schafen und Schweinen eine Hautaffektion hervor, welche man mit den Namen Herpes tonsurans, Tinea decalvans, Tinea tonsurans, Porrigo decalvans, Ringflechte, Borkenflechte, kahlmachende Flechte, Glatzflechte, Teigmaul, Teiggrind etc. bezeichnet und welche von Tier auf Tier (durch Impfung auch auf Kaninchen), aber auch vom Tiere auf den Menschen übertragen werden kann.

Der Pilz besteht aus Filamenten, die sich zuweilen spärlich verzweigen, und aus sehr widerstandsfähigen Konidien, die in der Regel zu Sporenketten angeordnet sind. Er sitzt am häufigsten

zwischen Haar- und Wurzelscheide, dringt aber auch zwischen die Epidermiszellen und in das Innere des Haares selbst ein, so dafs man in den Haarschäften oft massenhafte Sporenansammlungen wahrnehmen kann.

Die Gröfsenverhältnisse der Mycelfäden und Konidien differieren häufig ganz bedeutend, so dafs MÉGNIN zwei verschiedene Spezies, einen Trichophyton tonsurans des Pferdes, Hundes und der Katze, und einen Trichophyton epilans des Rindes aufgestellt hat. Er beruft sich bei dieser Unterscheidung nicht nur auf die verschiedenen Gröfsenverhältnisse der Sporen, sondern auch darauf, dafs Trichophyton epilans viel schwerer auf die Haut des Pferdes übertragen werden könne und viel widerstandsfähiger gegen Medikamente sei, als die andre Art.

Die Erscheinungen des Herpes tonsurans gibt ZÜRN in folgender Weise an: „Der Ausschlag dokumentiert sich durch kleine, rundliche, linsen- bis zweithalerstückgrofse, haarlose oder nur zum Teil behaarte, scharf abgegrenzte Flecke, die oft in fast regelmäfsigen Zwischenräumen nebeneinander stehen, seltener konfluieren. Letzteres sieht man am wenigsten beim Rind, häufiger beim Hund und Pferd. Die ergriffenen Stellen sind gekennzeichnet dadurch, dafs auf ihnen grauweifse, asbestartige Schuppen oder in ältern Fällen teigähnliche, gelbgraue oder gelbbraune, selbst braunrote, lederartige, oft 2—8 mm dicke Krusten sitzen, und dafs die Haare, weil sie aus ihren Follikeln gehoben werden, gleichsam umgefallen auf den Schuppen liegen und nur noch mit ihnen etwas verklebt sind.“ Wenn die Borken von selbst oder artifiziell abgehoben werden, so resultiert eine eiternde Fläche, und es erfolgt an dieser Stelle eine spontane Heilung. Das stets mit erheblichem Juckgefühl verbundene Exanthem beginnt in den meisten Fällen zunächst am Kopf und Hals der Tiere, bei Pferden auch in der Sattellage, von wo es sich weiter über den Körper verbreitet.

Die Therapie des stets zu beseitigenden Ausschlags schliefst sich jener des Favus an. Man wird die Schuppen und Borken unter Zuhilfenahme von Sapo viridis entfernen und dann antiparasitäre Mittel anwenden. Als besonders zweckentsprechend haben sich Teerpräparate, Karbolsäure, Kreosot (1 : 20), weifse, rote und gelbe Quecksilbersalbe, Sublimatlösung (1 : 50—100), Photogen mit

Öl (1 : 4), Naphtholsalbe (1 : 10), Naphthalinsalbe, Thymollösung. Chrysarobinsalbe (1 : 10) und Jodtinktur gezeigt.

13. Dermatitis canadensis.

Im Jahre 1879 hat Axe unter dem Namen **Dermatitis contagiosa canadensis pustulosa** eine in England herrschende Hauterkrankung der Pferde beschrieben, welche später auch in Deutschland gesehen wurde und neben der obigen Bezeichnung noch die Namen Impetigo contagiosa (Schinkelda, Burke), **Akne contagiosa** (Dieckerhoff, Grawitz), englische oder kanadische Pferdepocke führt.

Die Krankheit ist entschieden mykotischer Natur, denn es ist nicht nur gelungen, sie durch Impfung mit eiterigem Sekret auf Pferde, Ziegen und Kaninchen zu übertragen (Siedamgrotzky), sondern auch das eigentliche Virus in Form eines sehr kurzen Bacillus rein zu züchten und die Kulturen mit Erfolg auf Pferde, Rinder, Schafe, Hunde und Kaninchen überzuimpfen (Dieckerhoff und Grawitz).

Die Erscheinungen der Dermatitis canadensis sind nach Schinkelda etwa folgende: Nach einem Inkubationsstadium von 6—14 Tagen zeigen sich die Haare an einzelnen Stellen der Haut, und zwar am häufigsten in der Sattellage, gesträubt, und man bemerkt beim genaueren Hinsehen hanfkorn- bis bohnengroſse Bläschen, die ohne jeden Juckreiz einhergehen und mit anfangs wasserhellem, später getrübtem Serum gefüllt sind. In der Regel bersten die Bläschen bereits nach eintägigem Bestande, worauf ihr Inhalt zu dicken, honiggelben Borken vertrocknet. Diese fallen nach 6—7 Tagen samt den Haaren ab und hinterlassen einen kreisrunden, mit normaler Epidermis bedeckten, pigment- und haarlosen, niemals schuppenden Fleck.

Damit ist es für gewöhnlich abgethan. Manchmal treten indessen in der Nähe der älteren Effloreszenzen neue Bläschen auf, so daſs durch sich fortwährend aneinander reihende Nachschübe der Verlauf ein ungemein schleppender werden kann.

Das Allgemeinbefinden bleibt vollkommen ungestört; eine fast regelmäſsig zu irgend einer Zeit während des Krankheits-

verlaufes eintretende Anschwellung der Kehlgangs- und oberen Halslymphdrüsen geht in kurzer Zeit ohne weitere Folge zurück.

Schinkelda hält die Dermatitis canadensis für nahezu gleich der Impetigo parasitica (Kaposi) des Menschen, hat aber leider Übertragungsversuche von Pferd auf Mensch nicht vorgenommen.

Die Therapie ist unter gewöhnlichen Verhältnissen unnötig; hartnäckige Fälle werden durch antizymotische Mittel, Sublimatlösung, Karbollösung, Solut. Alumin. acetici (7 %), Plumb. acetic. 2, Alumen 1, Aq. 50 [Dieckerhoff], Borsalbe etc.) wesentlich abgekürzt werden können. Schinkelda versuchte Spiritus sapon.-kalin., welcher von Kaposi gegen Impetigo parasitica mit gutem Erfolge benutzt worden ist. Indessen entsprach das Mittel durchaus nicht den Erwartungen, da es den Verlauf der Effloreszenzen nicht abkürzen, Nachschübe nicht verhindern konnte.

Dafs eine Weiterverbreitung durch Ansteckung verhindert werden mufs, ist selbstverständlich.

14. Stomatitis pustulosa contagiosa.

Diesen Namen gaben im Jahre 1878 Eggeling und Ellenberger einem pustulösen Exanthem, welches sich bei Pferden auf der Schleimhaut der Maulhöhle (vorwiegend an den Flächen der Lippen, am Lippenbändchen, am Zahnfleische, an der Zungenspitze und zur Seite der Zunge) entwickelt, bald aber auf die Umgebung des Maules, auf die Nasenschleimhaut, hin und wieder auch auf die Conjunctiva übergreift.

Die Krankheit ist höchst ansteckend für Pferde, bei denen zur erfolgreichen Übertragung häufig die blofse Berührung mit erkrankten Tieren genügt, und kann durch Überimpfung von Geschwürsbelag und Maulhöhlensekret auf Rinder, Schafe, Schweine, Hühner und Menschen übertragen werden. Betreffs der Übertragbarkeit auf Menschen haben zuletzt Holst und Gresswell diesbezügliche Mitteilungen gemacht. In den von letzterem beobachteten Fällen hatten sich die Wärter zweier an D. pustulosa contagiosa erkrankten Pferde durch kleine Wunden an den Händen angesteckt. Es kam zur starken Anschwellung der betreffenden Extremitäten mit Pustel- und Geschwürsbildung, zu hohen Fiebern, Speicheln und Schlingbeschwerden. Die Heilung erfolgte ohne weitere Störungen.

Die Erscheinungen beim Pferde sind folgende: Nach einem Inkubationsstadium von 2—4 Tagen wird unter leichtem Eruptionsfieber die Maulschleimhaut höher gerötet und vermehrt warm. An den oben genannten Stellen erscheinen zunächst vereinzelt, später zahlreich, linsen- bis erbsengroſse Knötchen, welche sich sehr bald in Pusteln umwandeln; durch Bersten der letzteren kommt es zur Bildung von rundlich-eckigen Geschwürchen mit wenig vertieftem, aber bedeutend höher gerötetem, spiegelndem, fein granuliertem Grunde und gelblich-weiſsem Rande.

Der Prozeſs entwickelt sich nach Eggeling-Ellenberger so, daſs zunächst eine entzündliche Affektion des Corpus papillare mit Schwellung und kleinzelliger Infiltration Platz greift. Der auf diese Weise gebildete Knoten schmilzt eiterig an, die Papillen werden zerstört, die Decke berstet, und es resultiert schlieſslich ein Geschwür mit entzündlich infiltrierter Umgebung. Die Heilung des Defektes erfolgt durch Granulationsbildung vom Grunde und Epithelneubildung vom Rande aus.

Die Entwickelung von Knoten und die Umwandlung derselben in Pusteln und Geschwüre ist so lebhaft, daſs in den meisten Fällen bereits 4 Tage nach dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome die Maulschleimhaut mit Geschwüren wie übersät erscheint. Im Verlauf der nächsten 4 Tage vergröſsern sich dieselben noch etwas, konfluieren auch gelegentlich und heilen nach weiteren 4—8 Tagen langsam ab.

Sehr häufig kommt es zu gleichen Vorgängen auf der Haut der Lippen, Backen, Nasenflügel, in Einzelfällen sogar sehr entfernter Körperstellen. Daneben ist stets eine entzündliche Anschwellung der benachbarten Lymphdrüsen (besonders der Gl. submaxillares), meist eine Entzündung der Nasenschleimhaut und der Conjunctiva zugegen.

Eine eigentliche Behandlung verlangt das stets gutartig verlaufende Leiden nicht; selbstverständlich wird man für Isolierung der erkrankten Individuen Sorge zu tragen haben.

b. Durch tierische Parasiten veranlaſst.

15. Scabies.

Es sind 3 Räudemilbengattungen, welche bei unsern Haus-

tieren Hautaffektionen hervorrufen, die gewöhnlich unter den Namen Räude und Krätze bekannt sind.

Diese sind:

I. Sarcoptesmilben, Grabmilben.

0,2—0,5 mm lange und 0,2—0,3 mm breite, schildkrötenähnliche Tierchen mit hufeisenförmigem Kopf, stark entwickelten kegelförmigen Scherenkiefern, deren Hälften von oben nach unten ineinander greifen, kurzen stummelartigen Füßen und tulpenförmigen Haftscheiben, welche beim Männchen am 1. 2. und 4., beim Weibchen am 1. und 2. Fußpaare befestigt sind.

Diese Tiere graben sich Gänge in den saftreichen Lagen des Stratum mucosum, ziehen ihre Nahrung aus den Zellen desselben, sind auf den Menschen übertragbar und können bei diesem Krätze (die indessen stets bald zu beseitigen ist) hervorrufen.

Zu den Sarcoptesmilben gehören:

Sarcoptes scabiei, in der Haut des Menschen, Pferdes, neapolitanischen Schafes und des Löwen.

Sarcoptes squamiferus, in der Haut des Hundes, Schweines, Schafes, der Ziege, wahrscheinlich auch des Menschen (Zürn).

Sarcoptes minor, in der Haut der Katze und des Kaninchens.

In der jüngsten Zeit ist man geneigt, Sarcoptes scabiei und Sarcoptes squamiferus zu einer einzigen Spezies zusammenzuziehen unter dem Namen Sarcoptes scabiei communis. In der That sind die Unterscheidungsmerkmale zwischen S. scabiei und S. squamiferus nicht bedeutend und durchaus nicht konstant (Zürn, Johne).

II. Dermatocoptesmilben, Saugmilben.

0,5—0,8 mm lange, 0,3—0,5 mm breite Tierchen mit oben mit Haaren und Borken besetztem Körper, ziemlich langem Kopf, langen hervorstehenden Kiefern und mit tulpenartigen Haftscheiben an den Enden sämtlicher 4 Fußpaare des Männchens und des 1. 2. und 4. Fußpaares des Weibchens.

Sie leben auf der Oberfläche der Haut, besonders an den dicht behaarten Stellen, ohne Gänge in die Haut zu bohren, und ernähren sich dadurch, daß sie mittels ihrer Mundwerkzeuge

Flüssigkeit aus dem Rete Malpighi und den oberen Schichten der Lederhaut saugen. Sie vermögen nicht auf der Haut des Menschen Krätze zu erzeugen.

Zu den Dermatocoptesmilben gehören:

Dermatocoptes communis beim Pferd, Rind und Schaf.

Dermatocoptes cuniculi im äufseren Gehörgange des Kaninchens.

III. Dermatophagusmilben, schuppenfressende Milben. 0,3—0,5 mm lange, 0,2—0,3 mm breite Tierchen mit kurzem, dickem, stumpfkegelförmigem Kopf, 2 scherenförmigen Kiefern, an den Seitenwänden Einbuchtungen zeigendem Körper, langen Füfsen und cylindrischen Haftscheiben, welche beim Männchen an allen 4 Fufspaaren, beim Weibchen am 1. 2. und 4 Fufspaare sich befinden. Das Männchen besitzt aufserdem am hinteren Körperende 2 aus je 2 Borsten und einem schwertförmigen Chitingebilde bestehende Klammerscheiben, während das Weibchen an dieser Stelle neben einigen Borsten 2 cylindrische Zapfen besitzt.

Sie leben nur auf der Oberfläche der Haut und ernähren sich von jungen Epidermiszellen, indem sie die Oberhaut der allgemeinen Decke und der Haare benagen.

Die Dermatophagen gehen, auf die Haut des Menschen gebracht, sehr bald zu Grunde und bringen vorher höchstens einen sehr leichten, bald vorübergehenden Hautausschlag, keineswegs Krätze hervor.

Hierher gehören:

Dermatophagus equi et bovis; erzeugen eine lokale Räude bei Pferd und Rind (Fufsräude, Steifsräude).

Dermatophagus ovis; ruft die Fufsräude des Schafes hervor.

Dermatophagus felis, canis et cuniculi; veranlassen die Ohrräude.

Danach kommen also beim Pferde vor:

1. Die Sarcoptesräude, welche sich über den ganzen Körper verbreiten kann, mit Vorliebe an Kopf, Hals und Schultern auf kleinen, zirkumskripten, sehr bald kahl werdenden Stellen

beginnt, die sich allmählich vergrößern und so eine bedeutende Ausdehnung erlangen können. Beim genaueren Hinsehen findet man kleine, meist zerstreut sitzende Knötchen, die sich entweder in bald berstende Bläschen umwandeln oder sofort eine kleberige, dickliche Flüssigkeit ausschwitzen. Diese vertrocknet nach und nach zu braunen Borken. Außerdem findet eine lebhafte Desquamation der Epidermis statt. Dabei ist stets ein heftiges Juckgefühl vorhanden, und infolge des starken Reibens und Scheuerns kommt es zu oberflächlichen oder tiefer gehenden Verletzungen der Oberhaut und zu entzündlichen Vorgängen der verschiedensten Art.

2. Die Dermatocoptesräude; dieselbe beginnt mit Vorliebe am Mähnengrund, Schweif, Schlauch, im Kehlgang, an den Flanken, der inneren Schenkelfläche, also an geschützten, länger behaarten Körperteilen, mit stellenweise gehäuften Knötchen, aus denen eine kleberige Flüssigkeit aussickert, die bald zu dicken, gelbbraunen Borken und Krusten eintrocknet. Die kahlen Räudeflecke sind in der Regel scharf von der noch intakten Haut abgegrenzt. Die weiteren Veränderungen entstehen durch das dem starken Juckgefühl entsprechende Reiben und Scheuern der Tiere.

3. Die Dermatophagusräude; sie lokalisiert sich an den Fußenden bis hinauf zum Sprunggelenk bezw. Vorderkniegelenk, selten darüber hinaus, und veranlaßt ein heftiges Juckgefühl, welches besonders nachts hervortritt und zu energischem Stampfen, Benagen, Reiben etc. Veranlassung gibt. Allmählich kommt es dann zur Abschuppung der Epidermis, zum Haarausfall, später zur Krustenbildung und Hautverdickung.

Dermatophagen können übrigens an den Fußenden existieren, ohne je den geringsten Hautausschlag zu veranlassen (Johne).

Beim Rinde kommen vor:

1. Die Dermatocoptesräude. An den Seitenflächen des Halses und an der Schwanzwurzel beginnend, später sich auf Rücken, Brust und Schultern verbreitend, treten unter starkem Juckreiz Knötchen auf, welche Flüssigkeit ausschwitzen lassen, die zu graubraunen, sehr trockenen Borken eintrocknet. Die

Haare fallen aus, die Haut wird schliefslich stark verdickt, lederartig, runzelig und faltig.

2. Die Dermatophagusräude (Steifsräude). Auf der Haut der Schwanzwurzel und der Steifsgruben kommt es unter Juckreiz zur Bildung von Schuppen, Borken und zum Haarausfall. Nur sehr selten breitet sich der Hautausschlag auf Rückenfläche der Schenkel, Rücken und Hals aus.

Beim Schafe kommen vor:

1. Die Dermatocoptesräude als die wichtigste Form. Es ist dies die gewöhnliche Schafräude, die zunächst an den mit Wolle besetzten Körperteilen auftritt. Unter nicht stillbarem Juckgefühl treten (verborgen durch die langen Wollhaare) kleine gelbliche Knötchen auf, die sich bald zu Bläschen und Pusteln umwandeln, welche bersten und zu gelbbraunen Borken eintrocknen. Daneben existiert eine lebhafte Desquamation der Epidermis. Die Wolle an der betreffenden Stelle wird blafs, aus der Haut gehoben, bleibt aber als zottiger Büschel längere Zeit über der Haut stehen, weil die Spitzen der Wollfasern untereinander durch kleberige Lymphe verklebt und zusammengebacken sind.

Füglich erscheint die Haut in weiter Verbreitung kahl, runzelig, faltig, verdickt und mit Schrunden und Rissen versehen.

2. Die Sarcoptesräude; ein ziemlich unschuldiger Hautausschlag, welcher sich bei Merinoschafen ausschliefslich nur auf den unbewollten Teilen des Kopfes verbreitet, dagegen bei Schafen mit nicht Fettschweifs haltender Wolle (Zackelschafen, Fettsteifsschafen, Neapolitanischen Schafen) nach und nach den ganzen Körper überziehen kann. Er ist meist mit Jucken verbunden und führt zur Bildung von 0,5—1 cm dicken, sehr fest sitzenden Borken.

3. Die Dermatophagusräude. Diese „Fufsräude" befällt zunächst die Unterfüfse (Kötengrind), endlich die ganzen Beine und den Hodensack, oder das Euter. Sie charakterisiert sich durch Juckgefühl, mäfsige Hautröte, Abschilferung der Epidermis, Bildung weifsgelber Borken.

Bei der Ziege kommt die Sarcoptesräude vor, welche sich nach Walraff sehr leicht auf den Menschen übertragen

läfst. Zunächst am Kopf, später auch anderwärts bilden sich unter starkem Juckgefühl nach vorhergegangener Knötchenbildung kahle Stellen, die mit grauen Schuppen und gelbgrauen oder blaugrauen, fischschuppenähnlichen, vielfach zerklüfteten Borken und Krusten bedeckt sind. Zwischen den Borken erscheint die Haut runzelig, rissig und verdickt.

Beim Schweine tritt die Räude auf als Sarcoptesräude. Anfangs auf der Haut der Augengruben, des Rückens, der inneren Schenkelfläche, später auf dem ganzen Körper bilden sich nach und nach 5—10 mm dicke, weifsgraue Krusten, durch welche das Tier ein eigentümlich schimmeliges Aussehen erhält. Dabei fallen die Borsten aus, und die Haut wird verdickt und runzelig.

Beim Hunde kommen vor:

1. Die Sarcoptesräude. An der Ansteckung besonders ausgesetzten Körperstellen (Kopf, Bauch, Unterbrust, Pfoten, Schwanzwurzel, Präputium) fahren kleine rote Flecke auf, aus denen sich Knötchen, Bläschen, zuweilen auch Pusteln entwickeln, die zu graugelben Borken eintrocknen. Dabei kommt es zur starken Abschuppung der Epidermis, zum Haarausfall und infolge des heftigen Reibens und Scheuerns der Tiere zur Ausbildung eines gewissermafsen sekundären Ekzems, welches unter sehr verschiedenen Bildern verlaufen kann und meist zu bedeutender Hautverdickung mit Faltenbildung führt.

2. Die Dermatophagusmilbe. Der vorn erwähnte D. canis kommt beim Hunde im äufsern Gehörgange vor. Es leiden nämlich die Hunde sehr häufig an Otitis externa, und in dem dabei massenhaft abgesonderten eiterigen Sekret findet man gelegentlich jene Milben. Die Rolle derselben ist mit Sicherheit nicht bekannt.

Bei der Hauskatze treten auf:

1. Die Sarcoptesräude. Der Ausschlag beginnt am Kopfe, kann aber den ganzen Körper überziehen. Zunächst gleichen die Erscheinungen denen der Sarcoptesräude des Hundes, später weichen sie insofern ab, als es zur Bildung von recht dicken graubraunen Borken kommt, welche die runzelige, verdickte, stark gefaltete Haut füglich ganz hart und steif werden lassen.

2. Die Dermatophagusräude im äufsern Gehörgang. Die Krankheit verläuft unter den Symptomen einer Otitis externa.

Bei den Löwen und Leoparden tritt die Sarcoptesräude auf, veranlafst durch S. scabiei (DELAFOND und BOURGUINON, JOHNE). In den zur Beobachtung gelangten Fällen begann sie an zirkumskripten Stellen der Brust, des Bauches, des Rückens, verbreitete sich aber bald über den ganzen Körper. Die Haare waren verloren gegangen, die Haut war verdickt, gefaltet und mit Krusten und Borken bedeckt.

Behandlung der Scabies. Die seitens der Veterinärärzte in Gebrauch gezogenen milbentötenden Mittel sind folgende:

a. Aromatische Verbindungen der Phenolreihe. Dahin gehört als das wirksamste Mittel Kreosot, dann folgen in absteigender Wirksamkeit Karbolsäure, Benzol, Petroleum, Naphthol, Naphthalin, Teer, Oleum Cornu Cervi, Holzessig.

b. Aromatische Pflanzenstoffe. Perubalsam, Styrax, Tolubalsam.

c. Alkaloidhaltige Pflanzen: Radix Veratri, Tabak und einige längst obsolete Pflanzen.

d. Anorganische Stoffe: Arsenik, Quecksilberverbindungen, Schwefel, verdünnte Schwefelsäure (im Verh. wie 1 : 24 von MÖRLIN gegen Pferderäude empfohlen).

Von diesen Mitteln sind in Gebrauch: Gegen die Sarcoptesräude besonders Kreosot, Karbolsäure (1 : 10—20), Sublimat (1 : 50—100), Teerliniment (Pix liquid., Sapo virid., Spirit., Aq. ā p. aeq.), Perubalsam, Styrax, Petroleum, Ichthyol (Wirkung fraglich).

Gegen die Dermatocoptesräude: Kreosot, Karbolsäure (für Schafe meist das rohe Präparat), Tabaksdekokt, Arseniklösung (für Schafe; sehr wirksam, aber äufserst gefährlich), Oleum Cornu Cervi. Gegen die Dermatophagusräude: Karbolsäure, Teerliniment, Benzin (1 : 5 Sapo virid.), Petroleum.

16. Demodex.

Von der Gattung Demodex finden sich in der Haut unsrer Haustiere 3 Spezies, nämlich: Demodex folliculorum canis, Demodex phylloides suis, Demodex cati.

Die erste Spezies ähnelt aufserordentlich dem Demodex folliculorum hominis, ist aber etwas kleiner (0,2—0,3 mm lang) und hat einen mehr quadratischen Kopf. Sie lebt ausschliefslich in den Haarfollikeln und Talgdrüsen der Hunde, in denen sie bis zu 30—60, in Ausnahmefällen bis zu 200 Exemplaren angetroffen wird, und veranlafst eine sehr heftige, pustulöse Dermatitis mit Haarausfall, Hautverdickung und Borkenbildung. Die blauroten Pusteln entsprechen dem Sitze der Talgdrüsen und entleeren beim Druck eine blutig-eiterige Masse, in welcher zahlreiche Milben vorhanden sind. In dieser schweren Form beginnt der Ausschlag in der Regel am Kopf und an den Pfoten, verbreitet sich allmählich über den ganzen Körper und führt schliefslich zur allgemeinen Abmagerung und zum Tod.

Selten bleibt die Acarusräude auf bestimmte Stellen (namentlich auf die Umgebung der Augen) lokalisiert und dokumentiert sich dann meist nur durch eine mäfsige Dermatitis erythematosa mit Desquamation der Epidermis.

Bei der Acarusräude fehlt in der Regel das Juckgefühl, meist zeigen sogar die Hunde beim Reiben der erkrankten Hautpartien lebhafte Schmerzen. Demodex canis geht nach Zürn zuweilen auf Menschen über und veranlafst einen sehr juckenden, pustulösen Ausschlag, der indessen leicht zu beseitigen ist. Die von Gruby vorgenommene Übertragung von Demodex hominis auf den Hund bewirkte Haarausfall, aber keine Dermatitis pustulosa.

Demodex phylloides suis verursacht einen ulcerös-pustulösen Ausschlag beim Schweine, der nach Csokor so verläuft, dafs sich am Rüssel, Hals, an der Unterbrust, in den Weichen und Flanken sandkorn- bis haselnufsgrofse Geschwülste bilden, die zusammenfliefsen und sich in mehr oder weniger grofse Geschwüre verwandeln.

Demodex cati ist in der Umgebung der Nasenöffnungen und am Grunde der Ohren bei Katzen gefunden worden.

Aufserdem hat man in einzelnen Fällen Demodex gefunden beim Rinde (Faxon, Grimm) und beim Samburhirsch (Prietsch).

Therapie. Bis jetzt haben sich als annähernd sichere Mittel nur bewährt Perubalsam (Siedamgrotzky), Styrax (Vogel), Schwefelleberlösung mit nachherigem Gebrauch der Kantharidensalbe

(Brusasco), Sublimat in 1% Solution und Salbenform (Röhrer: unsicher waren Tolubalsam, Naphthalin, Schwefelleberlösung; nur in sehr leichten Fällen genügten Salicylsalbe, Benzinsalbe, Karbollösung und Ol. Juniperi aethereum.

17. Rundwürmer.

Bei den Haustieren treten hin und wieder Hauterkrankungen auf, welche durch Rundwürmer hervorgerufen werden. So beschreiben Rivolta, Laulanié und andre unter verschiedenen Benennungen eine beim Pferde selten vorkommende Hautaffektion, bei der es zur Bildung von zahlreichen Knoten kommt, die über lang oder kurz abscedieren, worauf dann mehr oder weniger grofse Teile der Wurmkörper zu tage treten.

Beim Hunde beobachtete Siedamgrotzky ein pustulöses Exanthem auf der äufseren Fläche der Vorder- und Hinterschenkel, als dessen Ursache kleine Rundwürmerembryonen angesehen werden mufsten, die offenbar vom Lagerstroh in die Haarsäcke eingewandert waren.

Ähnliche Beobachtungen haben Rivolta beim Hunde, Pflug, Droully und Semmer beim Pferde gemacht.

18. Haematopinus und Trichodectes.

Die Hämatopinen (Pediculi) sind Blutsauger, rufen ein lästiges Jucken und infolge dessen Reiben, Scheuern und Benagen hervor, welches seinerseits zur Ausbildung einer Dermatitis artificialis führen kann. Fast jede Tiergattung besitzt ihre besondere Spezies; so beherbergt das Haus- und Wildschwein H. urius sive suis, das Pferd H. macrocephalus s. equi, das Rind H. eurysternus und H. tenuirostris, die Ziege H. stenopsis, der Hund H. piliferus.

Die Trichodekten (Haarlinge) saugen nicht Blut, sondern benagen die Epidermis der Haut und die Haare mit zangenartigen Freſswerkzeugen. Der Hund besitzt Tr. latus sive canis, das Schaf Tr. sphaerocephalus, das Rind Tr. scalaris, das Pferd Tr. pilosus, die Ziege Tr. climax, die Katze Tr. subrostratus.

Die Therapie besteht in der Anwendung von Mitteln, die entweder den Läusen die Luft entziehen (die Atmungslöcher verstopfen) oder sie vergiften. Zu den ersteren Mitteln gehören die

fetten Öle, besonders das eintrocknende Leinöl, Asche, Steinstaub und dergl. mehr; zu den letzteren Decoctum Nicotianae, Unguentum Hydrargyri (bei Rindern leicht Merkurialismus!), Sublimatsolution (1 : 100), Flores Pyrethri, Semen Sabadillae, Semen Staphidis agriae, Radix Veratri, Oleum Anisi aethereum (1 : 10 Öl), Benzin, Petroleum, Karbolsäure (1 : 10 bis 20), Arseniklösung (1 : 200), Oleum Cornu Cervi.

19. Ixodes, Dermanyssus, Pulex, Simulia, Oestrus, Ochromyia, Lucilia, Leptus.

Die Zechen (Ixodes), und zwar die weiblichen Tiere (Koch), bohren sich gelegentlich mittels ihres sehr komplizierten Saugapparates in die Haut der Tiere ein, saugen Blut auf und schwellen dann zu einer kirschkern- bis bohnengroſsen Blase an. Auf Rinder und Schafe geht Ixodes reduvius, auf Menschen, Hunde, Rinder und Schafe Ixodes ricinus, auf Menschen und Tiere der amerikanischen Wälder Ixodes americanus sive Amblyoma americanum über; auf Fasanen fand man Ixodes Dugesii, welcher gelegentlich auch auf Schafe und Hunde übergehen soll. Man bringt die Tiere durch Betupfen mit Terpentinöl oder Benzin zum Loslassen.

Die gewöhnliche Vogelmilbe (Dermanyssus avium) hält sich im Mist und im Holzwerk von Vogelbauern, Hühnerställen, Schwalbennestern und dergl. auf, geht nachts auf alle in ihrer Nähe befindlichen Tiere, Vögel, Pferde, Hunde, Katzen, ja auch auf den Menschen über und verursacht auf der Haut derselben ein heftiges Jucken, ja nach Steinbach, Möbius, Prietsch und andern sogar förmliche räudeähnliche Exantheme. Mégnin beobachtete eine Katze, auf deren Haut sich die Vogelmilben förmlich aklimatisiert hatten, so daſs das Tier total abgemagert war; Gassner fand die Vogelmilbe im äuſsern Gehörgang eines Rindes, wo sie eine Otitis externa hervorgerufen hatte.

Das Genus Pulex ist bei unseren Haustieren durch zwei Spezies vertreten, nämlich P. canis beim Hund und P. felis bei der Katze. Beide unterscheiden sich vom P. irritans dadurch, daſs sie etwas kleiner sind, P. canis aber besonders noch dadurch, daſs er am Kopf und Hals Stachelkränze besitzt, welche dem P. irritans fehlen.

Simulia maculata, Kolumbaczer Mücke, erscheint in den Donauniederungen im Frühjahr in grofsen Schwärmen und befällt im Freien befindliche Menschen und Tiere, um Blut zu saugen. Die Mücken belagern die Haut dermafsen, dafs hellgefärbte Tiere ganz schwarz aussehen, dringen in die Augenwinkel, Ohren, in Maul, Nase, After, Scheide und dergl. und veranlassen allenthalben kleine Entzündungsgeschwülste, nicht selten sogar den Tod der befallenen Tiere. So verschuldeten sie u. a. im serbischen Distrikte Passarowitz im Jahre 1783 den Tod von 52 Pferden, 131 Rindern, 316 Schafen und gegen 100 Schweinen. Auch kleine Kinder sollen durch diese Mücken getötet worden sein.

Oestrus bovis sive Hypoderma bovis, Rinderbiesfliege, verursacht beim Rind, selten beim Pferd, Esel und Schaf die sog. Dasselbeulen. Das Weibchen legt nämlich im Hochsommer seine Eier auf die Haut der genannten Tiere. Später gehen aus den Eiern Larven hervor, welche die Haut ihres Wirtes durchbohren und ihre nächste Entwickelung im subkutanen Bindegewebe durchmachen. Dort wirken sie als fremde Körper und rufen einen entzündlichen Zustand mit Eiterung hervor, der zur allmählichen Ausbildung von taubeneigrofsen Geschwülsten führt, welche über lang oder kurz durchbrechen. In dem Hohlraum verbleiben die Larven etwa 9 Monate, verlassen dann denselben durch die bereits früher entstandene Öffnung, um ihre weitere Entwickelung in der Erde zu vollenden.

Ochromyia anthropophaga veranlafst nach RAILLET durch Einwanderung ihrer Larven unter die Haut des Hundes bei diesem Tiere eine ganz ähnliche Krankheit, wie Oestrus bovis beim Rinde. Die Knoten erreichen vor dem Bersten die Gröfse einer Haselnufs und haben ihren Sitz vorzugsweise am Schwanz, an den Ohren und an den Pfoten.

Lucilia serinata (JENNES und VAN LAER), die wohl gleichbedeutend ist mit Musca Caesar, ruft in Holland bei Schafen eine Krankheit hervor, die unter dem Namen „de Vliegenziekte de Schapens“ bekannt ist und dadurch entsteht, dafs die genannte Fliege ihre Eier unter die feineren Hautstellen, namentlich in der Umgebung des Afters legt. Das Resultat ist eine siebartige Durchlöcherung und mehr oder weniger weit verbreitete Unterminierung der Haut.

Leptus autumnalis, Erntemilbe, ruft nicht nur beim Menschen, sondern nach DEFRANCE und FRIEDBERGER auch beim Hund einen pustulösen Hautausschlag hervor. Es entstehen an verschiedenen Körperstellen kleine rote Knötchen, auf denen die Milben aufsitzen. Später fliefsen die Knötchen zusammen, und es bilden sich schliefslich markstückgrofse, unregelmäfsig runde Flecke, auf denen die Haut haarlos, hyperämisch und verdickt erscheint.

Berichte über Versammlungen.

Verhandlungen der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 60. Naturforscher-Versammlung in Wiesbaden

vom 19. bis 25. September 1887.

(Nach dem Tageblatt der 60. Naturforscher-Versammlung.)

(Fortsetzung.)

Sitzung am Mittwoch den 21. September, 8½ Uhr vormittags.

Vorsitzender: LEWIN, Berlin, später LIPP, Graz.

Nach Verlesung eines schriftlichen Berichtes von Professor KÖBNER über die Sammelforschung bei Syphilis schlägt DOUTRELEPONT vor, vorläufig nach den einstweilen gegebenen Tabellen zu arbeiten, weitere Verabredungen über Publikationen in Zeitschriften sollen KÖBNER überlassen werden.

1. CASPARY, Königsberg, empfiehlt die Frage der **Pathologie des Lichen ruber** zur Besprechung auf einer späteren Versammlung. Die anscheinend so fest gefügte Lehre, die HEBRA nach seinen und WILSONS Entdeckungen hinterlassen, sei fast in jedem Punkte erschüttert. So in der Frage nach der Häufigkeit oder gar der Existenzberechtigung des L. r. acuminatus, damit in Zusammenhang nach der Gefährlichkeit des unbehandelten Leidens, nach der Unveränderlichkeit der isolierten Einzeleffloreszenzen, nach der Möglichkeit ganz akuten Ablaufs unter äufserlicher Therapie, nach der früher ausgeschlossenen Recidivfähigkeit, nach der Behandlung, die früher allein und anscheinend mit voller Sicherheit dem Arsenik zufiel. Die früher ganz dunkle Ätiologie suchten LASSAR durch Kokkenbefunde und KÖBNER durch seine neurotische Theorie zu erklären. — Von eignen Beobachtungen möchte C. einmal anführen, dafs er auch die Diagnose, die ja meist durch Lokalität und Form augenfällig, in vereinzelten Fällen für sehr schwierig und die Rücksicht auf Konkomitantien und Juvantien für erforderlich halte. Anatomisch habe er in allen von ihm bisher untersuchten

Fällen von L. r. planus eine — auch schon früher vereinzelt beschriebene — Abhebung der Epidermis vom Corium gefunden, der kleinzellige Infiltration der oberen Coriumschichten vorangegangen sei. Präparate und Abbildungen werden vorgezeigt.

Touton, Wiesbaden, erklärt auf die Anfrage des Vortragenden, dafs er bei nicht artifiziellen Stauungsblasen die gleiche Ablösung der unveränderten Epidermis vom Papillarkörper und die Ausfüllung der hierdurch entstandenen Kluft mit einem feinkörnigen Gerinnsel gesehen hat. (cfr. *Vergleichende Untersuchungen über die Entwickelung der Blasen in der Epidermis.* Tübingen 1882. pag. 8.)

Lewin betont als differentiell diagnostisches Merkmal die Bedeutung des Juckreizes bei Lichen, der bei Syphiliden nur bei ganz schnell auftretenden papulösen Exanthemen sich zeige.

Lassar, Berlin, hält an der infektiösen Natur des Lichen ruber fest, wenn er auch nicht die von ihm früher beschriebenen Bacillen mit Sicherheit als das spezifische Virus hinstellen will. Auf die Anschwellung von Lymphdrüsen hat sein Assistent, Isaac, bereits vor einem Jahre hingewiesen.

Lipp erwähnt einen unzweifelhaften Fall von universellem Lichen ruber planus und acuminatus, welcher nach verhältnismäfsig kurzem Bestande zwar keine vollkommene, aber doch eine beträchtliche spontane Rückbildung darbot, und macht darauf aufmerksam, dafs deutliche Drüsenschwellungen in diesem Falle, sowie in manchen andern von L. r. vorkommen, was vielleicht auf eine Infektionskrankheit hinweisen dürfte.

Ferner beteiligten sich an der Diskussion Veiel, Lesser und Behrend.

2. Doutrelepont, Bonn: **Lupus und Hauttuberkulose.** So viel ich weifs, ist die eigentliche Hauttuberkulose zusammen mit Lupus an demselben Individuum bis jetzt nicht beobachtet. Nicht nur dieses Zusammentreffen konnte ich vor kurzem konstatieren, sondern ich hatte auch Gelegenheit, bei einem andren Patienten die drei Formen der Hauttuberkulose: „Lupus, Scrofuloderma und die eigentliche Hauttuberkulose" zu beobachten. In beiden Fällen waren auch bereits Symptome hochgradiger Tuberkulose der inneren Organe vorhanden. Ich konnte nicht allein Tuberkelbacillen in diesen sämtlichen Formen der Tuberkulose nachweisen, sondern ich erzeugte auch durch Einimpfung von Scrofulodermamaterial bei Meerschweinchen typische Tuberkulose von Lunge, Leber, Milz und Lymphdrüsen. Die Hauttuberkulose (s. s.) wird meist erst sekundär bei an hochgradiger Phthisis Leidenden beobachtet. Ihr Lieblingssitz — Umgebung des Mundes oder des Afters — erklärt sich dadurch, dafs an diesen Stellen die Tuberkelbacillen, sei es durch das Sputum oder durch die Fäces, sehr zahlreich aus dem Körper gelangen: dort so oft vorhandene Erosionen geben die Pforten ab für das Eindringen der Bacillen in die Haut, wodurch die Knötchen entstehen, deren Zerfall schliefslich die Geschwüre bildet. Diese direkte Einimpfung ist jedenfalls der gewöhnliche Übertragungsmodus, wenn auch

nicht geleugnet werden soll, dafs auch auf metastatischem Wege — durch Transport der Bacillen ins Blut — die Infektion erfolgen kann.

Finger, Wien, weist auf die Thatsache hin, dafs durch örtliche Einimpfung von Tuberculosis Formen von Hauterkrankung entstehen, die man als Leichenwarze, als Tuberculosis verrucosa cutis bezeichnet, und weist ferner auf die Analogie dieser Form mit dem Lupus verrucosus in anatomischer und klinischer Hinsicht hin.

Schütz, Frankfurt a. M., hat dem Lupus der Nasenschleimhaut häufig Erkrankungen des Thränennasenkanals vorangehen sehen.

Caspary fragt, ob der Vortragende Riesenzellen ohne Bacillen zur Differentialdiagnose für genügend erachtet, was derselbe verneint.

3. Kühne, Wiesbaden: **Demonstration mikroskopischer Präparate von Lepra und Mykosis fungoides.** Zum besseren Verständnis meiner nachher zu demonstrierenden Präparate halte ich es für zweckmäfsig, einige erläuternde Bemerkungen vorauszuschicken.

Das Material zu den Mykosispräparaten erhielt ich von Professor Firket in Lüttich. Es bestand teils aus der noch lebenden Kranken exstirpierten Hautgeschwulststücken, teils aus ihrer Leiche entnommenen Stücken ulcerierter Hautgeschwülste, sowie Teilen von Lungen, Leber Nieren, Milz, und Fibringerinnseln aus dem Herzen. Spaltpilze überhaupt fand ich nur in den der Leiche entnommenen Teilen, die bekannten Streptokokken massenhaft in den ulcerierten Hautgeschwülsten, viel spärlicher dagegen in den inneren Organen. Das Motiv meiner heutigen Demonstration wurde mir indessen durch den Befund eines sehr starken Bacillus in den inneren Organen gegeben, dessen Abwesenheit in den Hautgeschwülsten wohl annehmen läfst, dafs seine Einwanderungsstelle mir nicht zur Untersuchung vorlag. Dieser Fall scheint mir besonders deswegen beachtenswert, weil er einen weiteren Beitrag zu der Thatsache der gleichzeitigen Einwanderung verschiedener Spaltpilzarten in disponiertes Gewebe liefert, denn ich brauche wohl nicht hinzuzufügen, dafs ich weder die Streptokokken noch den von mir gefundenen Bacillus als causa morbi ansehe.

Die von mir ausgelegten Leprapräparate werden Ihnen die verschiedensten Übergangsformen zwischen Quer- und Längsschnitten von mit Leprabacillen ausgestopften Lymphgefäfsen zeigen. Diese Formen, welche die auffallendste Ähnlichkeit mit Anhäufungen von Kochschen Mäusebacillen in Gefäfsen zeigen, sowie die Erwägung, dafs es nicht allein die Form ist, welche zur Feststellung der Existenz der sogenannten Leprazellen genügt, sondern auch die biologischen Verhältnisse berücksichtigt sein wollen, haben mich zu der Überzeugung geführt, dafs der Begriff Leprazelle fallen zu lassen ist, weil ein gemeinsamer Haushalt zwischen Pilzen und Zellen bis jetzt noch nirgends konstatiert wurde.

Touton bedauert, nochmals auf dieses wohl zur Genüge besprochene Thema eingehen zu müssen. Er hat sich bis jetzt noch von keiner Seite durch Präparate von dem Gegenteil seiner früher kund gegebenen Anschau.

ungen überzeugen lassen können. Die Gegner sehen deshalb noch nicht genug bacillenhaltige Zellen, weil sie keine genügend starke Protoplasmafärbung erzielen. Er besitzt Milzpräparate von Dr. Ortmann (Königsberg), die ja zur Demonstration des Verhältnisses von Bacillen zu Zellen bei weitem geeigneter sind, als solche von Nerven und auch von Haut, in welchen nur an solchen Stellen freie Bacillen zu sehen sind, wo unmittelbar daneben zerfallene Zellen liegen.

Hochsinger freut sich, aus den Präparaten Kühnes zu ersehen, dafs Streptokokken im Gewebe von Granuloma fungoides auch von ihm gefunden wurden. Ob die Streptokokken für die Mykosis fungoides thatsächlich pathogen sind oder nur für den eiterigen Zerfall des Gewebes verantwortlich zu machen sind, müssen weitere Untersuchungen zeigen. Hochsinger verwahrt sich auf das energischste gegen die von Köbner in wiederholten Publikationen gemachten Angaben, in denen er behauptet, Hochsinger hätte Streptokokken mit Mastzellen verwechselt und seine Schnitte exulcerierten Knoten entnommen.

4. E. Lesser, Leipzig, spricht im Anschlufs an einen Fall von universellem Quecksilbererythem nach einer subkutanen Kalomelinjektion über das **Verhältnis zwischen den durch äufsere Applikation und den durch interne Hg-Aufnahme entstandenen Ausschlägen**, die er als identisch aufgefafst wissen möchte. Wahrscheinlich kann sowohl durch zentrale wie durch lokale Wirkung bei prädisponierten Menschen ein Arzneiexanthem hervorgerufen werden, und zwar können beide Entstehungsweisen allein oder gelegentlich, z. B. bei Inunktionen mit grauer Salbe, kombiniert zur Geltung kommen. Die Frage, ob durch eine lokale Wirkung bei einem prädisponierten Individuum den Arzneiexanthemen ähnliche Erscheinungen hervorgerufen werden, suchte Lesser bei einem Fall von Erythema nodosum nach Jodgebrauch der Entscheidung näher zu bringe Einer Kranken, welche dreimal nach Aufnahme von Jodkalium resp. Jodnatrium Erythema nodosum bekommen hatte, spritzte er zweimal eine Lösung von Jodkalium (0,2 : 1,0) in das Unterhautgewebe. An einer Stelle entwickelte sich in langsamer Weise ein etwa kirschgrofses Infiltrat, welches länger als 2 Monate bestand, sicher also kein Erythemknoten war. Dieses negative Resultat beweist natürlich nichts gegen die oben ausgeführte Annahme, dafs auch lokale Wirkung mit den Arzneiausschlägen zu identifizierende Erscheinungen hervorrufen kann.

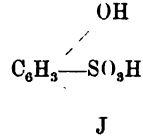
5. Touton, Wiesbaden: **Demonstration eines Falles von diffuser, der Sklerodermie ähnlicher Hauterkrankung nach einem Trauma.** Bei einem 42jährigen, im übrigen gesunden Schreinermeister entwickelte sich im Anschlufs an das Eindringen eines Eichenholzsplitters (1875) zwischen rechtem Daumen und zweitem Finger die jetzige diffuse (Arme, Beine, Brust), der Sklerodermie ähnliche Erkrankung. Abgesehen vom zweiten Finger rechts und der angrenzenden Dorsalfläche, zeigen die Hände

jedoch mehr die Beschaffenheit derjenigen, wie Touton dieselbe bei seinem früher publizierten Fall von diffuser idiopathischer Hautatrophie beschrieben hat. Die ausführliche Publikation des vorgestellten Falles, welcher vielleicht einiges Licht auf die dunkle Ätiologie der Sklerodermie werfen kann, folgt in einem Fachblatt.

Lesser, Leipzig, demonstriert die Photographie eines ähnlichen Falles.

6. Lesser, Leipzig, legt Präparate von **Aplasia pilorum intermittens** vor, welche von mehreren Angehörigen einer Familie stammen, bei welcher mehrere Mitglieder zweier Generationen diese eigentümliche Anomalie der Haare zeigten.

7. Lassar, Berlin: **Über Sozojodol.** Gestatten Sie mir an dieser Stelle die geehrten Fachgenossen zur Prüfung eines mir vor kurzem von seiten der rühmlichst bekannten Firma Trommsdorf, Erfurt, zur Verfügung gestellten Präparats aufzufordern. Dasselbe ist ein neuer chemischer Körper von der Zusammensetzung $C_6H_3JSO_3H(OH)$ oder nach der Atom-Gruppierung ausgedrückt



stellt also eine Para-Jodphenolsulfosäure dar. Der Entdecker dieser Verbindung, Dr. Ostermayer, durfte von derselben von vornherein eine hervorragend antiseptische Energie erwarten, weil sie drei ganz besonders wirksame Körper, nämlich Jod, Schwefel und Karbol, und zwar in geeigneter Form enthält. Der Jodgehalt beträgt 42 %. Dieser der Kürze halber Sozojodol genannte Körper besteht in zwei Formen, als I und II bezeichnet, ist leicht löslich in Wasser und Alkohol, vollständig farb- und geruchlos, läfst sich mit fast allen bekannten Vehikeln ohne Veränderung mischen, wird im Gegensatz zu fast allen Jodpräparaten, namentlich dem Jodoform, durch das Licht in keiner Weise zersetzt — kurz, das Sozojodol bringt uns alle diejenigen Eigenschaften entgegen, welche für dermatologische Verwendbarkeit gefordert werden dürften. Dazu kommt, dafs das Präparat in jeder beliebigen Menge im grofsen hergestellt werden kann und sich im Preise nicht allzuhoch stellen soll.

Durch den Assistenten meiner Klinik, Dr. Isaac, sind deshalb therapeutische Versuche unternommen, deren ausführliches Ergebnis erst in einiger Zeit mitgeteilt werden soll. So viel nur möchte ich hervorheben, dafs das Sozojodol bestimmt berufen ist, für die Behandlung von Hautkrankheiten eine nützliche Rolle zu spielen. Der vornehmsten Indikation, nicht zu schaden, genügt das Mittel vollständig. Reizungen ruft es weder in selbst 10 %igen Salben- noch in Pulvermischungen hervor. In leichter Schälung, wie sie in der Regel zur Abstofsung der krankhaften Ein- und Auflagerungen erwünscht ist, blättert sich die Haut blafs und

glatt ab und zeigt unter kontinuierlicher Bedeckung von Sozojodolpräparaten nicht die geringste Irritation irgend welcher Art. Zu dieser Unschädlichkeit kommt die Wirksamkeit. Bei frischen und veralteten Ekzemen verschiedenen Ursprunges, bei Herpes squamosus, Herpes tonsurans, impetiginösen Ausschlägen des Gesichts, varikösen Beingeschwüren und -Ekzemen hat sich ein sichtlicher und unbestreitbarer Erfolg vor Augen gestellt. Besonders charakteristisch war, wie theoretisch zu erwarten, die Wirkung auf Dermatomykosen. Es kann hier nicht Aufgabe sein, in Einzelheiten einzugehen. Ich glaubte nur die Herren Kollegen auf ein wissenschaftlich herbeigezogenes und aussichtsvolles Mittel gegen entzündliche und parasitäre Hautkrankheiten aufmerksam machen zu sollen.

Die Trommsdorffsche Fabrik gibt gern Material zu weiteren Versuchen ab.

8. Lassar, Berlin, demonstriert die Faberschen sogenannten **dermatographischen Farbstifte**, welche ursprünglich zum Zeichnen auf Fleischteile für anatomische Zwecke empfohlen worden sind. Dieselben eignen sich vortrefflich zur Umzeichnung von Hauteffloreszenzen, indem dieselben kenntlich gemacht, umrahmt, gegen die Umgebung kontrastiert werden. Vortragender hat dies Verfahren früher schon zu Lehrdemonstrationszwecken empfohlen und sich hierbei wässeriger Methylenblaulösung bedient. Viel bequemer und handlicher sind die erwähnten Stifte.[1]

9. Veiel, Kanstatt: **Ekzema solare chronicum**. (Autorreferat.) Vortr. berichtet über einen Fall von Ekzema solare chronicum, das eine Dame von 56 Jahren seit ihrem 24sten Lebensjahre stets nach jedem Ausgang heimsuchte, den sie bei hochstehender Sonne, einerlei ob bei bedecktem oder unbedecktem Himmel, unternahm. Alle äußeren und inneren Medikamente, darunter auch zwei Kuren in Karlsbad, waren erfolglos. Bei Nacht konnte Patientin jedem Wind und Wetter trotzen. Nachdem Dr. Veiel auch vergeblich äußere Medikamente, und zwar zuerst Schwefel- und dann Teerpräparate angewendet hatte, verzichtete er auf die lokale Behandlung und suchte nach einem Schutzmittel für die Haut.

Er legte sich die Frage vor, welche Strahlen der Sonne wohl das Ekzem hervorriefen. Da die Dame strahlende Wärme und intensivstes künstliches Licht ohne Schaden ertrug, blieben ihm als Ekzem erzeugend nur die chemischen Strahlen übrig.

Nach Analogie mit den Photographen, welche die chemischen Strahlen durch ein vor die Lichtöffnung der Dunkelkammer gebrachtes satt rot gefärbtes Papier eliminieren, suchte er nach einem dichten Schleier von derselben Farbe. Nachdem er durch Versuche festgestellt, daß dieser rote Schleier besser als alle anders gefärbten Schleier die chemischen Strahlen abzuschwächen imstande sei, ließ er den Schleier von der Dame tragen.

Der Erfolg war über alles Erwarten gut, indem sich die Patientin, die

[1] Bezugsquelle: A. W. Faber, Berlin, und Jung, Heidelberg.

früher beim kürzesten Aufenthalt im Freien ein akutes Ekzem bekam, nunmehr bis zu $^3/_4$ Stunden ohne Schaden im Freien bewegen konnte.

Er macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, ob bei Gebirgstouren die blauen Schleier nicht besser durch rote Schleier zu ersetzen wären.

10. Disse, Tokio, demonstriert seine Präparate von **Tiersyphilis** und seine davon gewonnenen Reinkulturen.

Sitzung vom Freitag den 23. September, vormittags 8½ Uhr.

Vorsitzende: Doutrelepont und Lewin.

Schriftführer: Grossmann und Rosenthal.

1. G. Behrend, Berlin: **Über die Veränderung der Haare bei der Alopecia areata.** Der Vortragende sieht die charakteristischen Veränderungen der Haare bei der obigen Erkrankung in einer Luftinfiltration der Haare, welche zur Austrocknung des Bulbus und zur Kahlheit führt, und sieht die Ursache der Erkrankung in einer Alteration der Ernährung, die von Störungen in den Gefäfsen ausgeht.

2. Chotzen, Breslau: **Gewebsveränderungen bei subkutanen Kalomelinjektionen.** Das verschiedenartige Schicksal der subkutanen Kalomelinjektionen: unbedeutendes diffuses Infiltrat bis hühnereigrofse, fluktuierende Geschwulst, gab Veranlassung zur stufenweisen Untersuchung der Injektionsstellen. Als allgemeines Resultat ergab sich, dafs das Kalomeldepot als Entzündungserreger wirkt. Vermittelst der Gewebsflüssigkeit werden die Kalomelpartikelchen unter Abscheidung von regulinischem Hg, welches auf der Oberfläche der Partikelchen als kleine Kügelchen auftritt, in Sublimat aufgelöst. Das Sublimat erzeugt Entzündung: Austritt von Serum und Eiterkörperchen. Gleichzeitig kommt es schon nach 24 Stunden zur Ablagerung von Fibrin, welches in breiten Balken selbst noch in weiter Entfernung von dem Kalomeldepot zu finden ist, gleichsam nach der Peripherie fortgeschwemmt wird und an den Bindegewebsbalken sich anzustauen scheint. Neben der serofibrinösen Entzündung und dem Gewebszerfall findet sich aber auch dünnflüssiger grüngelber Eiter; aber trotz sorgfältigster bakterieller Untersuchung (Quetschpräparate, Stich- und Plattenkultur, Färbung nach Gram und Löffler) haben sich vom 1.—26. Tage in den Entzündungsprodukten Bakterien nicht finden lassen: es kam also zur Eiterung ohne Bakterien. Die regulinischen Hg-kügelchen werden beständig kleiner, bis sie sich gänzlich in Sublimat aufgelöst haben. Selbst wenn das Kalomeldepot noch nicht völlig aufgelöst ist, kommt es bereits zu Reparation des Gewebes in der Peripherie des Entzündungsherdes, der um so kleiner bleibt, je mehr Bindegewebsbalken das subkutane Gewebe durchziehen. Eine Spontanperforation stellt sich um so eher ein, je oberflächlicher das Kalomel deponiert ist, je leichter das Rete Malpighii von der Peripherie des Entzündungsherdes erreicht wird.

3. O. Rosenthal, Berlin: a. **Über die Behandlung der Syphilis mittels Einspritzungen von Hydrarg. oxydat. flav.** Der Vortragende hat Hydrarg. oxydat. flav. in Öl suspendiert nach folgender Formel angewendet:

Hydrarg. oxydat. flav. 0,2
Ol. amygdal. s. Ol. olivar. 15,0.

In jedem Falle waren 3—5 Einspritzungen, die intramuskulär in die Glutäen und unter antiseptischen Kautelen gemacht wurden, nötig. Abscesse wurden keine gesehen, dagegen Infiltrationen hin und wieder, Stomatitis bis jetzt noch nicht. Am Schlusse seiner Ausführungen kommt Redner zu dem Resultat, daſs das Hydrarg. oxyd. flav. geringe Beschwerden und gute Wirksamkeit vereinigt, und daſs die Einspritzungen mit demselben neben den Inunktionen als die beste und sicherste Methode der Behandlung der Syphilis betrachtet werden müssen.

b. **Einige allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung der Syphilis mittels Quecksilbereinspritzungen.** Vortragender kommt am Schlusse seiner Auseinandersetzungen zur Aufstellung folgender Sätze:

1. Die Methode der Quecksilbereinspritzungen hat in der Behandlung der Syphilis vollstes Bürgerrecht erlangt.
2. Die Methode der Quecksilbereinspritzungen vereinigt neben gleicher Wirksamkeit gröſsere Bequemlichkeit, Reinlichkeit, Billigkeit und genauere Dosierung.
3. Die löslichen Quecksilbersalze haben im allgemeinen den Vorteil, weniger schmerzhaft zu sein, aber den event. Nachteil, schneller wieder ausgeschieden zu werden, die unlöslichen den Vorzug einer langsameren Aufnahme und so einer gröſseren Wirksamkeit.
4. Die Glutäalgegend verdient als Injektionsstelle den Vorzug vor allen übrigen Stellen des Körpers.
5. Die intramuskuläre verdient vor der subkutanen Injektion den Vorzug.
6. Es empfiehlt sich, der Einspritzung unlöslicher Salze eine gelinde Massage folgen zu lassen.
7. Abscesse lassen sich absolut vermeiden.
8. Die Methode empfiehlt sich bei Männern, bei Frauen seltener, bei Kindern nur in Ausnahmefällen.

An der Diskussion beteiligten sich Lewin, Berlin, und Ziemssen, Wiesbaden. Ersterer tritt energisch für die subkutane Behandlung, letzterer für die Inunktion in starken Dosen ein.

Finger, Wien, macht auf die ungleichmäſsige Verteilung des Quecksilbers im Organismus aufmerksam und führt auf mangelhafte Methoden die unsichere Wirksamkeit des Quecksilbers zurück.

Bockhart, Wiesbaden: Über Schankerexcision. Dieser Vortrag erscheint demnächst in diesen Monatsheften.

An der Diskussion beteiligte sich Lewin.

5. Lewin, Berlin: **Kasuistische und differentialdiagnostische Mitteilungen über akute Leberatrophie bei Syphilitischen.** Der Vortragende macht sehr eingehende Erörterungen, sein Thema betreffend, diagnostischer und differentialdiagnostischer Natur, besonders mit Bezug auf die Phosphorvergiftung. Die Arbeit wird später veröffentlicht.

Alexander, Aachen, erwähnt einen im Jahre 1865 publizierten Fall bei dem bei einer Phosphorvergiftung nach 24 Stunden von Rokitansky Verfettung der Leberzellen nachgewiesen wurde.

6. Doutrelepont, Bonn: **Syphilis und Karcinom.** Die differentielle Diagnose zwischen Syphilis und Karcinom bietet häufig grofse Schwierigkeit, welche natürlich wächst, wenn beide Erkrankungen kombiniert vorkommen. Dies Zusammentreffen ist schon mehrfach beobachtet. Auch mir war früher hierzu öfters Gelegenheit gegeben. Neuerdings nun konnte ich in drei besonders eklatanten Fällen sowohl klinisch als auch anatomisch das Entstehen des Karcinoms auf syphilitischer Basis nachweisen.

In der Diskussion fragt Ziemssen, ob nach Erfahrung des Vortragenden Syphilis und Karcinom nebeneinander bestehen könnten, oder das eine sich aus dem andren entwickelt. Die Frage wird bejaht. Lewin macht darauf aufmerksam, dafs man bei Gummata die Diagnose ex juvantibus nicht stellen könne.

Doutrelepont schliefst die Sitzung, indem er dem Herrn Einführer sowie den Schriftführern seinen Dank ausspricht und mit Bezugnahme auf das bisherige Blühen der Sektion auch für die Zukunft ein gleiches Gedeihen erhofft.

Bericht von Prof. Köbner, Berlin, als Obmann der Kommission zur Vorbereitung einer Sammelforschung über Syphilis und ihre Behandlungsmethoden (s. den Artikel am Schlufs dieses Heftes).

Dermatologisches aus andern Sektionen.

I. Aus der Sektion für Physiologie.

Professor Poehl, St. Petersburg: **Die Eigenschaften des Harnes der Syphilitiker, und Beiträge zur Frage über die Ursache der Immunität der Tiere gegenüber der Syphilis.** Die mannigfaltigsten Versuche, die Syphilis Tieren zu verimpfen, blieben resultatlos, und zwar sind bei diesen Impfungsversuchen die verschiedensten Tierspezies in dieser Hinsicht untersucht worden, besonders hat in letzter Zeit in St. Petersburg Seine Hoheit der Prinz Alexander von Oldenburg, der immer reges Interesse für die Fragen der Schutzimpfungen im allgemeinen hegte, ein ungemein reiches Material der verschiedensten Affenarten, sowie auch andrer Tiere, zu obengenanntem Zwecke Dr. Sperck zur Verfügung gestellt. Da zwischen Menschen und Tieren in Hinsicht des Baues der Gewebe kein solcher Unterschied vorliegt, der die Immunität tierischer Gewebe gegen Syphilis er-

klären könnte, dagegen der Chemismus des Stoffwechsels im Tiere und Menschen faſsbare Differenzen aufweist, so halte ich es für wesentlich, in angedeuteter Richtung nach der Ursache der Immunität zu forschen.

Die Zusammensetzung des Harnes steht bekanntlich im engsten Zusammenhange mit dem Verlauf des Stoffwechsels im Organismus, daher unterwarf ich speziell den Harn sowohl verschiedener Tierspezies, als auch den Harn gesunder und syphilitischer Menschen einer vergleichenden chemischen Untersuchung. Meines Wissens bietet die Litteratur ungemein wenige Untersuchungen syphilitischer Harne, und aus diesen wenigen kann man keine Kenntnis erlangen, in wieweit der syphilitische Harn vom gesunden sich unterscheidet. Durch Vermittelung des Dr. Sperck und Dr. Kobylin erhielt ich ein sehr reiches Material an syphilitischen Harnen in den verschiedenen Stadien der Syphilis, und zwar war zur Zeit der Untersuchungen die allgemeine therapeutische Behandlung (Quecksilber und Jod) ausgeschlossen. Aus einer groſsen Reihe von Untersuchungen ergab es sich, daſs in Hinsicht der physikalischen Eigenschaften die syphilitischen Harne nichts Charakteristisches boten. Das Tagesquantum war häufig über der Norm und schwankte zwischen 1600—2900 ccm. Der Urobilingehalt überstieg nicht die Norm. Der Indikangehalt war teils normal, teils übernormal. Das Uroroseïn war bei einem und demselben Patienten zu verschiedener Zeit bald zugegen, bald fehlte es. Die relative und absolute Harnstoffmenge war in allen Fällen unter der Norm und schwankte zwischen 9,0—13,5‰, resp. 15—28 g. Die Menge der Harnsäure, des Chlornatriums, der Phosphorsäure und der Schwefelsäure schwankt in den Grenzen des normalen Harnes.

Von den bei klinischen Untersuchungen gewöhnlich berücksichtigten abnormen Bestandteilen wurde nur mitunter Albumin und Pepton beobachtet. Die Anwesenheit vom letzteren Bestandteile wurde in den meisten Fällen (65 % der untersuchten Harne) konstatiert, doch war die Menge dieser Eiweiſskörper eine sehr unbedeutende und überstieg nicht 0,5 ‰. In einzelnen Fällen war der Albumin- und Peptongehalt durch die Gegenwart von Leukocyten bedingt. Sonstige morphologisch-pathologische Elemente waren im Harn nicht vorhanden. Die gepaarten Schwefelsäuren boten nichts Charakteristisches weder in Hinsicht ihrer absoluten Menge, noch in ihrem Verhältnisse zur präformierten Schwefelsäure. (Die Schwankungen dieses Verhältnisses betrugen 1 : 8,20 bis 1 : 24,33.) Dasselbe läſst sich auch von der absoluten Menge der Glycerinphosphorsäure, sowie auch von deren Verhältnis zur präformierten sagen. (Das Verhältnis schwankt von 1 : 16,71 bis 1 : 33,67.) Das Verhältnis des Gesamtstickstoffes zum Stickstoffe des Harnstoffes war durchgehend unter der Norm und betrug 100 : 72,25 bis 100 : 90,24.

Daraus läſst sich der Schluſs ziehen, daſs die Intensität der Oxydation der stickstoffhaltigen Bestandteile herabgesetzt ist, und ist diese Erscheinung die einzige, welche für Syphilis typisch zu sein scheint, wenn auch diese

Erscheinung nichts Charakteristisches bietet, da sie auch bei vielen andern Erkrankungen beobachtet wird. Es scheint vermittelst der üblichen Harnuntersuchungsmethoden keine charakteristische Abweichung im syphilistischen Harne sich kundzugeben. Daher wandte ich mich zur näheren Untersuchung der intermediären stickstoffhaltigen Basen des Harnes (Kreatin und Xanthingruppen und eventuell Ptomain). Die Untersuchungen in dieser Richtung sind noch nicht abgeschlossen.

Aus einer Reihe vergleichender Untersuchungen des Harnes verschiedener Tiere, besonders von Affen, Pferden und Schweinen, scheint hervorzugehen, dafs die Intensität der Oxydation stickstoffhaltiger Substanzen in denselben eine bedeutendere ist, als beim Menschen; daher beabsichtige ich weitere Veränderungen im Harne solcher Tiere zu verfolgen, bei denen eine künstliche Herabsetzung der Oxydationsvorgänge hervorgebracht wird durch Verringerung der Sauerstoffzufuhr in der Atmungsluft oder durch künstliche Herabsetzung der Körperwärme und medikamentöse Eingriffe. Diese Versuche sind gemeinsam mit Prof. Anrep in Angriff genommen, und es werden Impfungsversuche der Syphilis an solchen in Hinsicht ihres Chemismus geschwächten Tieren vorgenommen.

II. Aus der Sektion für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Wesener, Freiburg i. Br.: **Zur Frage der Lepraübertragung auf Tiere.** Nach kurzer Besprechung der bekannten Melcher-Ortmannschen Lepraübertragungsversuche wendet sich der Vortragende zu seinen eignen Versuchen in dieser Hinsicht. Die Mehrzahl ergab ein negatives Resultat, nur zwei von den verwendeten Kaninchen zeigten Veränderungen, eines am Darm, das andre an fast sämtlichen inneren Organen. Histologisch verhielten diese sich tuberkulösen Prozessen sehr ähnlich. Die Menge der Bacillen war im zweiten Falle eine äufserst reichliche, und zeigten dieselben meistens das von Baumgarten allein den Leprabacillen vindizierte Färbungsverhalten. Dies veranlafste den Vortragenden, das von Baumgarten zur Unterscheidung von Lepra- und Tuberkelbacillen angegebene Verhalten auf seine Zuverlässigkeit zu prüfen (zwei Exemplare von Hautlepra, zwei Fälle von menschlicher Tuberkulose, zwei von experimenteller Kaninchen- und einen von experimenteller Hunde-Tuberkulose). Hierbei fand sich das Ergebnis, dafs die Kaninchenpräparate sich kulturiell gerade wie Leprabacillen verhielten. Damit erwies sich die Baumgartensche Methode als ungeeignet zur Differentialdiagnose; es hat sich deshalb bei den erwähnten Resultaten des Vortragenden sicher, bei den Melcher-Ortmannschen äufserst wahrscheinlich um Tuberkulose der Versuchstiere gehandelt.

Baumgarten hat nun neuerdings versucht, die Zuverlässigkeit seiner Methode aufrecht zu erhalten. Der Vortragende hat dann neue Untersuchungen begonnen, um die näheren Umstände dieses Verhaltens der Tuberkelbacillen zu untersuchen, da es ihm zuerst geschienen hatte, als ob

die rasche Annahme der Farbe vielleicht durch die Anzahl der Bacillen und die Art des Präparates bedingt sei. Diese, die noch nicht abgeschlossen sind, haben ergeben, dafs diese Annahme nicht richtig, ist, sondern dafs wahrscheinlich Alter und Entwickelung der Bacillen hierbei die Hauptrolle spielen. Auch Versuche, eine Methode ausfindig zu machen, mittels deren sich nur eine Bacillenart färben läfst, haben noch zu keinem definitiven Resultate geführt.

Dr. Hüppe: Die Präparate seien makroskopisch wohl kaum anders als Tuberkulose zu deuten. Mit Rücksicht auf die Form des Impf-Rotz sei aber einige Vorsicht in der Beurteilung nötig. Die Leprabakterien seien fast die am leichtesten zu färbenden Bakterien, und dieser quantitative Unterschied könnte doch wohl zur Entscheidung führen.

Dr. Wesener: Die mikroskopische Untersuchung hat ebenfalls fast vollkommen das Bild der Tuberkulose ergeben. Ein Unterschied zwischen Tuberkel- und Leprabacillen in betreff der Färbbarkeit ist ja vorhanden, doch nicht so durchgreifend, um zur Differentialdiagnose verwertet zu werden.

III. Aus der Sektion für innere Medizin.

a. Dr. M. Nitze, Berlin: **Symptome und Diagnostik der Blasentumoren.** Nitze spricht über die Symptomatologie und Therapie der Blasengeschwulst. Vortragender widerlegt zunächst die bisher verbreiteten Irrtümer, dafs die Blasengeschwülste besonders seltene Krankheiten darstellen und dafs die Mehrzahl derselben bösartigen Charakters seien. Hier sei das gerade Gegenteil der Fall; die meisten Neubildungen der Blase böten einen ausgeprägt gutartigen Charakter dar.

Die Symptomatologie der gutartigen Blasengeschwulst wird durch die charakteristische Form der Blutung beherrscht, die sich von den bei andern Blasenleiden vorkommenden Hämaturien dadurch unterscheidet, dafs sie ohne jede Veranlassung, ohne alle Beschwerden auftritt. Wird der weitere Verlauf nicht durch instrumentelle Untersuchung oder Behandlung gestört, so führen diese Kranken oft viele Jahre lang ein leidliches, nur durch die zeitweiligen Blutungen unterbrochenes Wohlbefinden.

In der Praxis liegen die Verhältnisse aber meist anders, indem hier oft unter dem Zwange der Verhältnisse der normale Verlauf der gutartigen Blasengeschwulst durch eine instrumentelle Behandlung getrübt wird. Dann stellen sich meist bald die Erscheinungen des Katarrhs ein, und es entsteht ein gemischter aus den Erscheinungen des Tumors und des Katarrhs zusammengesetzter Symptomenkomplex, der das zweite Stadium unsrer Kranken beherrscht. Dieses Stadium unterscheidet sich von dem ersten durch die typische Form der Blutungen, charakterisiert durch die nun oft sehr bedeutenden Beschwerden.

Hinsichtlich der Therapie ist eine innere Behandlung auch hinsichtlich der einzelnen Blutung völlig wirkungslos. Unser Hauptziel mufs sein, frühzeitig die Diagnose des Blasentumors mit einer Sicherheit zu stellen,

die einen chirurgischen Eingriff rechtfertigt. Eine solche Frühdiagnose ist erfahrungsmäfsig durch die bisher übliche Sondenuntersuchung nicht möglich, wohl aber durch die vom Verfasser begründete Methode der elektroendoskopischen Kystoskopie, die uns gerade kleine Blasentumoren mit unübertrefflicher Schärfe zur Anschauung bringt. Gelingt es die Blasengeschwulst zu einer so frühen Zeit zu erkennen, so wird das bisher so ungünstige Ergebnis der Operation der Blasengeschwulst mit Sicherheit ein besseres werden. Dieses Ziel ist aber nur durch die thatkräftige und einsichtige Unterstützung des praktischen Arztes möglich, der den Kranken zuerst zur Behandlung bekommt. Erst wenn der Praktiker von der hohen diagnostischen Bedeutung einer ohne jede Veranlassung auftretenden Hämaturie durchdrungen frühzeitig auf die kystoskopische Untersuchung der Kranken dringt, wird es möglich sein, die Blasengeschwülste in einer so frühen Zeit zur Behandlung zu bekommen, dafs ihre chirurgische Entfernung günstige Chancen darbietet.

Tacke: Meine Herren, ich erlaube mir, folgenden Zusatz zu machen. Der Zottenkrebs ist imstande, den Patienten mit der Sittenpolizei in Berührung zu bringen. Dieses Leiden äufsert sich namentlich durch einen heftigen Reiz, Jucken etc. in der Harnröhre, und diese Symptome sind nur durch ein Reiben, eine Art Melken des Gliedes zu beseitigen. So wurde in Paris ein Deputierter verhaftet, der auf öffentlicher Strafse onaniert haben sollte. Es stellte sich bei näherer Untersuchung heraus, dafs der Mann am Zottenkrebs litt, und mir selbst ist ein ähnlicher Fall vorgekommen. Auf diese Art kann das Leiden für den beamteten beurteilenden Arzt von Wichtigkeit werden.

Schetelig, Homburg-Nervi, bemerkt, dafs das Thema nur in der Symptomatologie der Diskussion der Sektion unterliege. Er weicht von dem Referenten ab in der Anschauung, dafs Blutungen meist auf keinen äufsern Anlafs auftreten. Er hat unter 10 ganz genau beobachteten und nachher in Spitälern zur Operation gekommenen, also als Tumoren konstatierten Fällen, beobachtet, dafs in drei Fällen das Symptom der Blutung vorzugsweise auf Bewegungen auftrat, so dafs er selbst geneigt gewesen ist, diese Art der Blutung zur differentiellen Diagnostik zwischen Blasen- und Nierenblutungen zu verwenden. Es scheint auch a priori nicht wahrscheinlich, dafs kleine oder gröfsere Geschwülste mit leicht blutender Oberfläche in den abschüssigen Teilen des Beckens durch Körperbewegungen leicht erschüttert und gereizt werden können.

b. Professor Demme, Bern: **Zur Pathogenese der akuten multiplen Hautgangrän.** Der Vortragende beobachtete im Monat Juni 1886 im Berner Kinderhospitale und seiner Poliklinik fünf Fälle von Erythema nodosum mit Purpura, darunter drei bei derselben Famile. Bei zweien dieser Fälle mit schwerem, durch initiale Temperaturerhebungen bis zu 39,5 und 40,2 Grad Celsius, heftige Gelenkschmerzen, Bluterbrechen und drohende Kollapserscheinungen ausgezeichnetem Verlaufe entwickelte sich in der Folge

aus einzelnen auf den Erythembeulen enstandenen blasigen Erhebungen und Pusteln, zum Teil auch im Umkreise einzelner Blutaustritte, eine namentlich in der Umgebung der Fufs- und Ellbogengelenke lokalisierte multiple Hautgangrän.

Mit Rücksicht auf den einer Infektionskrankheit ähnlichen Charakter der hierbei beobachteten Symptomenreihe wurden von den unter den bekannten Vorsichtsmafsregeln entnommenen Gewebsflüssigkeiten der Erythembeulen, der auf der Höhe derselben entstandenen blasigen Erhebungen, ferner der unter den gangränösen Plaques liegenden Hautschichten, sowie von dem einer Fingerspitze entnommenen Blute Impfungen auf Fleischinfuspepton-Gelatine, Fleischinfuspepton-Agar und erstarrtes Hammelblutserum vorgenommen. Nur die Übertragungen der den blasigen Erhebungen der Ertyhembeulen, sowie den unter den gangränösen Plaques befindlichen Hautschichten entnommenen Gewebsflüssigkeit waren von Erfolg begleitet.

Durch das Plattenverfahren gelang es Reinkulturen zu erhalten:

1. eines dem Staphylococcus pyogenes aureus ähnlichen, jedoch mit demselben bezüglich der Verflüssigung der Gelatine nicht übereinstimmenden Kokkus von 1,5 bis 2 μ Durchmesser, als Mono-, Diplo- und Tetrakokkus und in Reihen erscheinend;
2. eines zierlichen, kurzen, etwa 2,0 bis 2,5 μ langen 0,5 μ breiten Stäbchens, teilweise mit Sporenbildung.

Die Entwickelung der Stäbchenkulturen gelang nur auf Fleischinfuspepton, Agar und erstarrtem Blutserum, am besten bei 35—37° C. des Wärmeschrankes.

Die mit den Reinkulturen beider Mikroorganismen vorgenommenen experimentellen Übertragungen auf Kaninchen, Meerschweinchen und Hunde ergaben bezüglich des Kokkus ein negatives, bezüglich der Stäbchen ein bei Meerschweinchen 3 mal unter 8 Impfungen positives Verhalten. Es gelang hier durch Einreibungen der Stäbchen-Reinkulturen in die skarifizierte Bauchhaut und durch intrakutane Injektionen der Kulturaufschwemmungen beulenartige Hauteffloreszenzen mit nachfolgendem gangränösen Zerfall derselben und Bildung einer, der bei den beiden betreffenden Patienten beobachteten Hautgangrän ähnlichen gangränösen Ulcerationsfläche zu erhalten.

Der Vortragende hält mit Rücksicht hierauf die Annahme, dafs diese Stäbchen zur Genese der multiplen Hautgangrän und wohl ebenfalls des Erythema nodosum mit Purpura in seinen Fällen in ursächlicher Beziehung stehen dürften, nicht für ungerechtfertigt.

Mit den Reinkulturen der Stäbchen wurden pharmakologische Experimente bezüglich der Beschränkung und Aufhebung des Wachstums dieser Kulturen unter dem Einflusse bestimmter, eine lokale antibakterielle Einwirkung entfaltender Medikamente, so des Jodoforms, Jodols, der Borsäure u. s. w. angestellt, welche zu gunsten der Borsäurewirkung ausfielen.

Am Schlusse des Vortrags wurden die Photographien und kolorierten Abbildungen eines der von akuter multipler Hautgangrän befallenen Patienten, ferner der Platten- und Stichkulturen der besprochenen Mikroorganismen, der experimentellen Beulenerzeugung beim Meerschweinchen, sowie die entsprechenden mikroskopischen Präparate vorgewiesen.

Die Reinkulturen der beiden Mikroorganismen wurden als Agar-Stichkulturen vorgezeigt.

In der sich anschliefsenden Diskussion spricht Professor Bäumler die Ansicht aus, dafs das Erythema nodosum eine Form metastasierender Hautentzündung darstelle, welche unter Umständen, je nach der Beschaffenheit des ursächlichen Momentes, auch zu intensiveren Graden der Entzündung, zur Blasen- und Pustelbildung, oder selbst zur zirkumskripten Gangrän fortschreiten könne. Es habe den Anschein, und die Mitteilung Professor Demmes liefere dafür einen neuen Beweis, als ob verschiedene Infektionsträger derartige metastasische Hautentzündungen hervorrufen könnten. Schon vor Jahren habe Uffelmann es ausgesprochen, dafs das Erythema nodosum in Zusammenhang mit Tuberkulose stehe, und Redner habe auf seiner Klinik einen Fall beobachtet, in welchem bei einem jungen Mädchen akute Miliartuberkulose mit Schüben von Erythema nodosum und Gelenkentzündungen einherging. Ähnliches beobachte man ja auch zuweilen bei Diphtherie und bei Endocarditis ulcerosa.

Professor Biermer bittet um Auskunft über die allgemeinen sanitären und sozialen Verhältnisse, in welchen sich die betreffenden Kranken von Demme befanden. Dieselben werden von Demme als sehr schlechte geschildert, die Patienten gehörten den untersten und in traurigen Lagen sich befindenden Volksschichten an.

Curschmann, Hamburg, hat den von Demme geschilderten Fällen ähnliche Krankheitsbilder bei Erwachsenen und Kindern beobachtet. Er pflegt dieselben schon seit längerer Zeit als besondere Krankheit zu betrachten und als „Erythema acut. infektiosum“ zu bezeichnen. Er möchte den Redner nach der Art der Fieberkurve fragen; bei ausgesprochenen Fällen eigner Beobachtung hat Curschmann eine ziemlich charakteristische, fast regelmäfsig wiederkehrende Form derselben beobachtet: rasches Ansteigen der Temperatur bis zu bedeutender Höhe, während der ersten 24 bis 36 Stunden, langsamer Niedergang der Kurve zuweilen bis zur Norm mit Ausbruch des Exanthems. Nach Curschmanns Meinung hat die Kurve eine gewisse Ähnlichkeit mit derjenigen bei schwerem Scharlach.

Demme bemerkt hierauf, dafs in den beiden schweren zur Hautgangrän führenden Fällen von Erythema nodosum mit Purpura die Erkrankung ganz plötzlich mit Erbrechen, Schwindelanfällen und Ansteigen der Temperatur innerhalb der nächsten 15 bis 18 Stunden bis 39,5° C. im ersten und bis zu 40,2° C. im zweiten Falle führte. Während der Ausbreitung des Erythems hielt sich die Temperatur zwischen 38,3 bis 38,5 des Morgens und 38,5 bis 39,2 des Abends. Mit dem Auftreten der Hautgangrän stellten

sich subnormale Temperaturen zwischen 36,0 bis 36,8, und beim Eintritt der Kollapserscheinungen ein Fallen selbst bis zu 35,8° C. ein.

IV. Aus der Sektion für Chirurgie.

Prof. HELFERICH, Greifswald: **Zur operativen Behandlung der Elephantiasis.** HELFERICH empfiehlt die Exzision sehr grofser Hautstreifen bei schweren Fällen reiner Elephantiasis ohne Komplikation nach vorhergehender elastischer Kompression, Anwendung hoher Lage und Massage. Es müssen die Hautstreifen in einer Dicke, entsprechend den Hautfalten, welche sich erheben lassen, exzidiert werden. Die Heilung erfolgt unter antiseptischer Behandlung per primam. Die Nachbehandlung mufs besonders auf eine gute Entwickelung der Muskeln durch Elektrizität und Tapottement gerichtet sein. Die Massage vermittelst Streichens verwirft HELFERICH, weil sie zu immer neuer Dehnung und Verlängerung der Fasern des Unterhautzellgewebes führt. Die Bindeneinwickelung hat HELFERICH nicht zu unterlassen gewagt.

Von Interesse ist, dafs HELFERICH an den exzidierten Hautstreifen in einem Fall eine gröfsere Dehnbarkeit und geringere Elastizität der Haut gefunden hat; die elastischen Fasern dieser Haut ergaben sich als eigentümlich geknickt, gebrochen, zum Teil schollig zerfallen.

Dr. STEINTHAL, Heidelberg: **Über Chlorzinkätzung bei malignen Neubildungen.** STEINTHAL glaubt auf Grund mehrerer in der Heidelberger chirurg. Klinik beobachteter Fälle die Chlorzinkpastenätzung zunächst bei solchen Neubildungen empfehlen zu dürfen, die wegen ihrer Gröfse und topographischen Lage nicht exstirpierbar sind, ohne in solchen vorgeschrittenen Fällen eine radikale Zerstörung zu erwarten. Dagegen ist er der Ansicht, dafs kleinere topographisch ungünstig gelegene Gewächse durch eine methodische Ätzung aus ihrem Zusammenhang mit dem sie umgebenden Gewebe gelöst und vielleicht völlig zerstört werden können. Endlich empfiehlt er, gewisse lokal rasch recidivierende Tumoren, wie Pigmentsarkome und Angiosarkome, lieber mit Chlorzinkpaste zu zerstören, statt sie mit dem Messer zu operieren, weil hier wahrscheinlich die blutige Operation die Vorbedingung des Recidivs ist. Für Flächenätzung kann man die Chlorzinkpaste nach der alten CONQUOINschen Vorschrift (Chlorzink und Amylum ā) anwenden, um diese aber in Höhlen zu bringen (Mastarm, Vagina oder exkochleierte Partien) ist sie nicht fest genug. Eine feste Paste kann man nach folgender Vorschrift bereiten: 20 Tle. Zinkchlorat werden mit gleichen Teilen Amyl. tritici oder noch besser mit 15 Tln. Farina tritici so lange unter Zusatz von wenigen Tropfen Wasser zusammengerieben, bis eine teigförmige Masse entsteht. Dieser setzt man dann je nach dem gewünschten Härtungsgrad Zinc. oxydat. zu, meistens 5 Tle., und gibt der Paste irgend eine gewünschte Gestalt. Als Konspergens wird Talc. venetum verwandt. Die Ätzung ist eine sehr energische, ruft öfters eine lokale Schwellung und Rötung hervor, und ist ihre Wirkung von einer ziemlich febrilen Reaktion

bis zu 40° C. für 2—3 Tage begleitet, trotzdem sind die Schmerzen nicht überaus grofs und lassen sich durch Morphium sehr vermindern. Diese Paste wird behufs leichterer Entfernung in ein Gazesäckchen gehüllt in die Wundhöhle gebracht, und die nicht zu verätzende Umgebung durch Vaselin-Tampons geschützt. Vor der Anwendung mufs jede Blutung gut gestillt sein, die Einwirkung ist in ca. 6 Stunden eine genügende, Blutungen aus arrodierten Gefäfsen sind aus klinischen und experimentellen Erfahrungen ungeheuer selten.

V. Aus der Sektion für Gynäkologie und Geburtshilfe.

a. Bumm, Würzburg: **Über gonorrhoische Mischinfektion beim Weibe.** Solche Mischinfektionen kommen vor:

1. An der Bartholinischen Drüse. Es können sowohl die bekannten Eitermikroorganismen, als auch Fäulniskeime in die gonorrhoisch entzündete Drüse eindringen und Abscedierung resp. Zersetzung des Drüseninhaltes (Retentionscyste) herbeiführen.

2. An der Harnröhre. Die im Verlaufe der Harnröhrengonorrhöe zuweilen auftretenden Abscesse an der vorderen und hinteren Harnröhrenwand sind durch das Eindringen pyogener Keime in die Drüsen verursacht.

3. An der Blase. Die sich an die Harnröhrengonorrhöe anschliefsende Cystitis ist stets durch Mischinfektion bedingt, eine gonorrhoische Cystitis in dem Sinne, dafs die Mikroben der Gonorrhöe direkt durch ihr Eindringen in das Plattenepithel der Blase die Entzündung hervorrufen, gibt es nicht. Es sind immer andre Organismen, die gelegentlich der gonorrhoischen Urethritis in die Blase gelangen und Cystitis bewirken.

4. Am Cervix. Abscedierende Parametritiden bei Gonorrhöe sind durch das gleichzeitige Eindringen pyogener Keime hervorgerufen.

5. Das gleiche gilt von den gonorrhoischen Gelenkentzündungen.

6. Es ist wahrscheinlich, dafs manche Fälle von isolierter Tubentuberkulose auf gonorrhoischer Mischinfektion beruhen.

b. Kroner, Breslau: **Über die Beziehungen der Gonorrhöe zu den Generationsvorgängen.** Kroner berichtet über das Früh- und Spätwochenbett von 97 Müttern grofsen Teils sicher spezifisch blennorrhöischer Kinder und warnt vor Übertreibungen des schädlichen Einflusses der Gonorrhöe auf das eine wie das andre im Nöggerath-Sängerschen Sinne. Eine sichere Gonorrhöediagnose der Wöchnerin durch bakteriologische Untersuchungen ihres Genitalsekrets oder eine spezifische Ophthalmoblennorrhöe ihres Kindes sei vor allem nötig. Ebenso hält Kroner auf Grund seiner Ermittelungen einen schädlichen Einfluss der Gonorrhöe auf die Gravidität der Art, dafs sie ähnlich häufig wie die Syphilis Anlafs zu Abortus gebe, für nicht begründet. Gleich skeptisch spricht sich Kroner gegen die Häufigkeit der auf Gonorrhöe des Weibes beruhenden Sterilität aus und betont

die in jedem Falle notwendige gleichzeitige Untersuchung des Mannes auf eine durch seine Gonorrhöe bedingte Azoo- oder Oligozoospermie.

Kugelmann, Hannover, fragt, ob die Entzündung der Bartholinischen Drüse immer gonorrhoischer Natur sei, was Bumm verneint. Der Redner findet ferner auf Grund langjähriger Erfahrungen, dafs Parametritis wohl nur selten durch Gonorrhöe und Orifizialgeschwüre veranlafst ist.

Kaltenbach, Halle, weist auf die Mischinfektionen und ihre Häufigkeit bei puerperalen Prozessen hin. Klinisch steht der Zusammenhang von Gonorrhöe des Weibes und Parametritis fest, vielleicht wirken hier die Gonokokken direkt ein, wenn auch dies noch nicht mit absoluter Sicherheit festzustellen ist. Es gibt auch eine rein arammatische Parametritis, durch die Geburt selbst veranlafst.

Sänger, Leipzig, glaubt nicht, dafs die Parametritis durch den Gonokokkus veranlafst wird; letzterer bewirkt nur Flächenerkrankungen und dringt nicht in das Bindegewebe ein. Doch ist das Vorhandensein desselben nicht gleichgültig, weil er für eine andre Infektion vorbereitend wirkt. Die durch Gonorrhöe veranlafste Parametritis ist durch klinische Begleiterscheinungen (Uterinsekret etc.) zu diagnostizieren. Gonorrhöe ist jedenfalls eine häufige Veranlassung für die Sterilität des Weibes.

Laaser, Memel, findet in spitzen Kondylomen einen direkten Beleg für gonorrhoische Infektion. Er führt ferner einen Fall an, wo Konzeption bei gonorrhoischer Infektion erfolgte.

Cohn, Berlin, bemerkt, dafs Winter, Berlin, in fünfzig Fällen mit malignen Kokken ohne Erfolg geimpft hat. Es ist also hier eine Selbstinfektion anzunehmen, wie, ist nicht klar.

Referate.

Über mit Entzündung und Schmerzen auftretende Sarcocele syphilitica, von Cassine. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Ricord hatte im Jahre 1838 die Orchitis syphilitica acuta beschrieben, gegen die man immer chirurgisch vorging. — 1862 schickte Letenneur der anatomischen Gesellschaft einen rechten Testikel, den Ranvier für syphilitisch erklärte, während der akute und schmerzhafte Beginn eher einen Krebs oder Tuberkulose hätte vermuten lassen. Cassine will in seiner vorliegenden Inauguraldissertation hauptsächlich hervorheben, dafs es eine akute syphilitische Orchitis gibt. Die Hodenentzündung setzt so plötzlich ein, dafs man sie für eine gonorrhoische halten könnte. Diese Thatsache wird von allen Ärzten und Spezialisten bestätigt. Die Differentialdiagnose wird besonders schwer, wenn es sich darum handelt, diese Form der Hodenentzündung von der Orchitis acuta tuberculosa zu unterscheiden. Reclus erwähnt solcher Orchitiden, die im dritten Monat seit Bestand der Syphilis auftraten; aber gewöhnlich beobachtet man sie erst viel später.

Indem sich Cassine auf die Beobachtungen von Ricord, Broca, Reclus,

Duplay, Lamoureux, Fournier, Guyon, Dieulefoy u. s. w. beruft, hält er das Vorkommen dieser Form von Hodenentzündung für sicher erwiesen. — Die spezifische Behandlung wirkt schnell und sicher.

Lille. A. Tavernier.

Studie über nichtinfektiösen Schanker des Uterus und seine Beziehungen zum einfachen Schanker der Vagina, von Maugine de St. Avid. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Als Ricord 1838 zuerst das Spekulum beim Studium der weiblichen Geschlechtskrankheiten anwandte, konnte er bemerken, dafs die verschiedenen Ulcerationen oberhalb der Carunc. myrtif. sehr selten sind, und dafs, wenn diese Grenze einmal überschritten ist, sie am ehesten am Collum gefunden werden, während die Vagina meistens frei bleibt. — Gosselin beschrieb 1843 die syphilitischen Ulcerationen des Collum und betonte namentlich ihre besonders schnelle Heilbarkeit. Fournier bestätigt das und bemüht sich, hier wie anderswo die Unklarheit zu beseitigen, die über die beiden Arten von Schanker besteht. Er konnte ebenfalls nachweisen, dafs das Ulc. simpl. colli sehr schnell heile, dafs der Vaginalschanker erst später auftrete und die Folge einer Autoinfektion sei.

Bennet und Delmas haben einige Beobachtungen veröffentlicht, wo der Schanker seinen Sitz in der Uterushöhle hatte. Mit diesem Schanker des Uterus und mit seinen Beziehungen zum Ulc. simpl. vaginae befafst sich die hier besprochene Schrift. Der Autor berichtet über verschiedene Fälle. von denen er zwei selber beobachtet hat. Nach ihm ist der weiche Uterusschanker allerdings eine seltene Erkrankung, aber doch häufiger, als man meint.

Der Schanker hat seinen Sitz am Collum oder im Uterusinnern und läfst 3 Formen unterscheiden: die follikuläre, die diphtheroide und die ulceröse. Die Inokulation ist das einzige sichere Mittel, um den intrauterinen Schanker zu diagnostizieren. Er kann von Lymphangitis, von Adenitis rectouterina und von Pelveo-Peritonitis begleitet sein, wie es Martineau so schön geschildert hat, der in Übereinstimmung mit Gugenheim und Fournier diese Form von Schanker nur selten traf. Das Ulcus uterinum wird nur sehr selten phagedänisch. Das Zusammentreffen von Ulc. uteri mit Ulc. vaginae ist ganz gewöhnlich, fast immer aber zeigt sich der Schanker am Collum zuerst, während der Scheidenschanker erst sekundär durch Autoinfektion entsteht.

Lille. A. Tavernier.

Über frühzeitige Syphilis des Rectum, von Paul Jean. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Der Verf. kommt in einer ziemlich langatmigen Abhandlung über die syphilitischen Erkrankungen des Rectum zu folgenden Schlüssen:

Der Schanker kommt am Anus und sogar im Rectum vor. Je nach-

dem er seinen Sitz auf der Haut oder Schleimhaut hat, kann man ihn „chancre anal muqueux, chancre anal cutané oder chancre anal cutané muqueux" nennen.

Die gewöhnlichste Ursache des Ulcus anale s. rectale ist die Sodomie. Der Sphincter ani, welcher der Einführung von Fremdkörpern lebhaften Widerstand entgegensetzt, ermöglicht gerade dadurch Kontinuitätstrennungen der Schleimhaut und macht so das Vorkommen des Schankers in dieser Gegend verständlich.

Dagegen ist der Schanker auf der Rektalschleimhaut sehr selten.

Der „chancre anale cutane" ist papulös oder borkig; der „chancre anal muqueux" ist zerfressen (érosif); der „chancre anal cutané muqueux" weist Mischformen auf. — Der Schanker der Mastdarmschleimhaut ist zerfressen (érosif). Klinisch kennzeichnet er sich durch seine Härte, wovon man sich beim Einführen des Fingers in das Rectum leicht überzeugen kann. Der Rektalschanker kann eine Adenitis lumbalis verursachen. Die sekundären Erkrankungen bestehen in erodierenden, papulösen, hypertrophischen oder ulcerierenden Syphiliden.

Die ulcerierenden Syphilide entwickeln sich infolge von örtlichen oder allgemeinen Ursachen, die das Enstehen von syphilitischen Geschwüren begünstigen und sie zu schweren Erkrankungen machen. — Die ulcerierenden Syphilide des Rectum können durch Perforation der Schleimhaut zu Recto-Vaginalfisteln führen. Sie heilen häufig unter Narbenbildung und bedingen dadurch eine mehr minder grofse Mastdarmverengerung.

Die Behandlung mufs eine örtliche und allgemeine sein.

Lille. A. Tavernier.

Über den Verlauf des Wochenbettes bei Syphilitischen, von Combes. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Von 188 Syphilitischen, über die diese Abhandlung berichtet, hatten 141 ein vollkommen fieberfreies Wochenbett; bei 35 stellte sich Fieber ein, das aber nicht durch die Syphilis bedingt war, und nur bei 12 war Fieber vorhanden, das unter Abwesenheit jeder andren Ursache der Syphilis und ihrer Folgezustände zugeschrieben wurde. Nach genauer Prüfung läfst der Verfasser davon aber nur 2 Fälle zu, in denen das Fieber wirklich luetischen Ursprungs war.

Dieses Ergebnis berechtigt ihn zu der Forderung nach neuen Beobachtungen, ehe man die Behauptung Pinards unangefochten lasse, dafs nämlich die Hyperthermia syphilitica sehr häufig sei.

Nach Combes kommt nur ein Fall von Febris syphilitica auf 94 syphilitisch Gebärende, bei denen die Ansteckung nicht über 3 Jahre alt ist, also innerhalb des Zeitraumes liegt, in dem die Febris luetica beobachtet wird (Fournier).

Combes hat ferner bei seinen Syphilitischen verschiedene Thatsachen beobachtet, die dieser Art Schwangerschaft eigen zu sein scheinen:

Das ganze oder teilweise Zurückbleiben von Häuten 35 mal
Verletzungen (traumatismes) ..... 47 „
Placentaerkrankungen ..... 25 „

Heilung oder Besserung syphilitischer Symptome wurde in 38 Fällen erreicht. Über die Kinder macht er folgende Angaben:

1. Bei den fieberfreien Müttern:
   Lebende ..... 65 Fälle
   Totgeborene ..... 17 „
   Mazerierte ..... 59 „
   Es starben 10 Tage nach der Geburt 17 „
2. Bei den fiebernden Müttern:
   Lebende ..... 23 „
   Totgeborene ..... 25 „
   Mazerierte ..... 15 „
   Gestorben 10 Tage nach der Geburt 35 „

Es kamen also auf 118 Geburten 113 Todesfälle durch Syphilis.

Lille. A. Tavernier.

Beitrag zum Studium der die Syphilis erschwerenden Umstände, von Taine. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die Symptomatologie der Syphilis bietet auffallende Unterschiede dar sowohl in bezug auf ihre Heftigkeit, sowie auch in bezug auf ihre Dauer und die zeitliche Aufeinanderfolge der einzelnen Erscheinungen. Bei einzelnen Personen entwickelt sie sich langsam und harmlos (paisiblement), ohne jemals die Gesundheit ernstlich zu gefährden. Bei andern wieder bildet sie eine schwere Erkrankung, die über kurz oder lang zu erheblichen Störungen führt, wenn nicht gar tödlich verläuft.

Der Alkoholismus ist sicherlich eine der Ursachen, die wesentlich zur Verschlimmerung der Syphilis beitragen, namentlich was die Beschleunigung des Verlaufs und das Auftreten von Hirnerscheinungen anbelangt. Des weitern sind von schädlichem Einfluſs, wie es Fournier seit langer Zeit vorträgt: das Alter, Skrofulose und Tuberkulose, Sumpffieber, alle sonstigen schwächenden Momente (Schwangerschaft, unglückliche Lebensverhältnisse aller Art), ererbte oder erworbene Krankheitsanlagen (habitus scrophulosus et tuberculosus, verringerte Widerstandsfähigkeit der Gewebe; Gefäſserkrankungen), nachlässige oder ganz fehlende Behandlung namentlich in der ersten Zeit nach der Ansteckung.

Verfasser belegt seine Behauptungen mit einer Reihe von Beobachtungen. Wenn jemand, dessen Organismus durch eine der eben genannten Affektionen geschwächt ist, sich Syphilis erwirbt, so wird man immer finden, daſs letztere einen besonders schweren und raschen Verlauf zeigt und, wenigstens in manchen Fällen, jeder Behandlung spottet. Schlieſslich berichtet Verfasser über Fälle von schwerer Syphilis, die sich in keine der genannten

Kategorien unterbringen lassen. Es wird wohl noch lange Zeit vergehen, ehe diese Lücke in unserm Wissen ausgefüllt ist.

Lille. A. Tavernier.

Beitrag zum Studium der fibrös-schleimigen Polypen im hintern Teile der Nasenhöhle, von A. Degail. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Die Geschichte der Schleimpolypen der Nase ist ziemlich neu. Mit der Geschichte dieser Polypen sind verknüpft die Namen von Richet, Legouest, Bonnes, Duménil de Rouen, Lalbè, Panas und Trélat, von denen alle bis jetzt veröffentlichten einschlägigen Fälle herrühren.

Diese Tumoren erinnern ihrer Form nach an das Vogelherz. Bei der mikroskopischen Untersuchung erweisen sie sich zusammengesetzt aus den anatomischen Elementen der Fibrome und Myome.

Durch drei Punkte lassen sie sich klinisch unterscheiden: erstens durch die Glätte ihres Stiels, der sich immer im Umkreis der hintern Orificien der Fossae nasales inseriert; zweitens durch das Verschontbleiben der angrenzenden knöchernen Wände; drittens durch das Fehlen von *Hämorrhagien*.

Es kommt darauf an, diese Polypen von den reinen Fibromen zu unterscheiden; diese Differentialdiagnose ist von gröfster Wichtigkeit, weil davon die Behandlung abhängt, die bei den Fibromen sehr eingreifend, bei den Polypen dagegen sehr einfach und gefahrlos ist. — Die Behandlung dieser Fibro-Myome läfst sich in 2 Worte zusammenfassen: dem Kranken alle vorbereitenden, mehr minder bedenklichen Eingriffe zu ersparen und die Polypen zu entfernen suchen. Doch mufs man im Auge behalten, dafs ihre Entfernung von ernsten Blutungen gefolgt sein kann.

Lille. A. Tavernier.

Studie über das diffuse hypertrophische Syphilom, von Bidon. (*Thèse de Paris.* 1886.)

Im Jahre 1878 beschrieb ein Schüler Fourniers, Gourtard (*Du Léontiasis syphilitique*) eine tertiäre Form der Syphilis, welche in einem diffusen Hautinfiltrat von wahrscheinlich gummöser Natur besteht. Diese Erkrankung beschränkt sich auf das Gesicht, welches stark geschwollen erscheint, teils durch die gummöse oder skleröse Verdickung der erkrankten Teile, teils durch die Hypertrophie der benachbarten Gewebe. Das Gesicht gewährt dadurch den Anblick einer Facies leonina.

Bidon behandelt diese Affektion unter dem Namen Syphiloma hypertrophicum diffusum. Es handelt sich hier im Anfang weder um Krustenbildung, noch um Ulceration; beide treten erst im spätern Verlauf auf. Die spezifische Behandlung ist wirkungslos und die Gewebe nehmen im allgemeinen ihr normales Aussehen nicht wieder an. Die Kranken können aber mit ihrem stark entstellten Gesicht lange leben.

Nach Bidon können gleichzeitig mit dem Gesicht auch die Wangen-

schleimhaut, Gaumensegel mit Zäpfchen und sogar der Larynx ergriffen sein, desgleichen bleiben die Geschlechtsteile nicht verschont, weder beim Mann, noch bei der Frau.

Auch im Rectum kann die Infiltration Platz greifen, um, wenn sie hier nicht bald diagnostiziert wird, fibrös zu entarten und zu einer Verengerung zu führen.

Die Bezeichnung Syphiloma hypertrophicum diffusum ist daher zutreffender als Leontiasis syphilitica.

Man darf dieses Infiltrat der tertiären Periode nicht mit dem einfachen Sklerom oder Oedema durum verwechseln, welches während der Sekundärperiode häufig auf den grofsen Labien auftritt.

Im Grunde ist dieses Infiltrat keine ernste Erkrankung, aber es ist hartnäckig und recidiviert leicht, zeigt auch Neigung, sich durch Fortkriechen von einem Punkt zum andren im Organismus zu verewigen. Die Behandlung und zwar die gemischte, die hier angezeigt ist, mufs deshalb durch längere Zeit energisch durchgeführt werden.

Lille. A. TAVERNIER.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM, Hamburg.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Lupus und Hauttuberkulose, von Prof. Dr. DOUTRELEPONT. (*Deutsche Med. Wochenschrift.* No. 43.) Verf. hatte Gelegenheit, zwei Fälle von Lupus, bei denen sich die allgemein anerkannte Hauttuberkulose ausgebildet hatte, längere Zeit zu beobachten und zu behandeln. Bei der ersten Patientin, einer Frau von 36 Jahren, von der zwei Geschwister an der Schwindsucht und ein Bruder an Krebs gestorben sein sollen, entstand vor zwei Jahren dicht unter dem Septum mobile an der Oberlippe ein kleines Knötchen, dem bald eine Reihe gleicher Effloreszenzen auf beiden Wangen folgte. Aus dem ersten Knötchen bildete sich durch Zerfall ein gröfseres Geschwür. Ende vorigen Jahres gesellten sich hierzu kleine Geschwüre auf der Schleimhaut der Ober- und Unterlippe, Knötchen am Zahnfleisch der oberen Schneidezähne, und mitten auf der Zunge ein gröfseres Geschwür. Seit Beginn vorigen Jahres besteht Husten. Das Geschwür an der Oberlippe, Markstück grofs, ist ein ziemlich tiefes Geschwür der Cutis, dessen Ränder ausgezackt, ausgebuchtet, unterminiert sind, dessen blafsrötlicher Grund mit kleinen, grauen, knötchenförmigen Erhabenheiten durchsetzt ist. Die Sekretion ist gering, serös-eiterig. Zwischen den auf beiden Wangen befindlichen braunroten Knötchen, die teils vereinzelt, teils zu bohnengrofsen Gruppen konfluiert und die weich, leicht eindrückbar sind, befindet sich Narbengewebe. Die Geschwüre auf der Schleimhaut der Unterlippe und auf der Zunge sind kraterförmig, mit zackigen unterminierten Rändern und schmutziggrauem wenig absonderndem Grunde. Die Ränder und ihre nächste Umgebung sind

mit kleinknotigen, blafsroten Effloreszenzen besetzt. Alle diese Geschwür sind schon bei der Berührung schmerzhaft und infolge dessen auch der Patient beim Essen sehr hinderlich. Die Untersuchung der Lungen ergibt Phthise. In den abgekratzten Granulationen der Geschwüre der Zunge und der Oberlippe zeigten sich viele Tuberkelbacillen, ebenso war das Sputum sehr bacillenreich. Der Lupus des Gesichts und das Geschwür der Oberlippe wurden mit 10% Pyrogallussalbe und 1 ‰ Sublimatumschlägen behandelt. Die Geschwüre der Lippenschleimhaut, die Knötchen am Zahnfleisch, das Geschwür auf der Zunge wurden mit dem Galvanokauter mehrmals gebrannt und mit 1‰ Sublimatlösung täglich 2 mal bepinselt. Daneben inhalierte die Patientin Ol. pin. silvestris. Dabei besserten sich alle Erscheinungen an Haut und Schleimhaut, allein die Lungenaffektion machte rasche Fortschritte.

Der zweite Fall betraf einen 41 Jahre alten Patienten, dessen Leiden seit dem 8. Lebensjahr datieren soll, bei dem aber vor zwölf Jahren die Symptome alarmierender wurden. Vor zwei Jahren fing er an zu husten und die Knötchen zerfielen geschwürig, dabei magerte er immer mehr und mehr ab. Die Oberlippe ist in ihrer ganzen Ausdehnung geschwollen, mit braunrötlichen Flecken zwischen oberflächlichem Narbengewebe besetzt. Die Grenze der Cutis und Schleimhaut bedeckt mit Borken, nach deren Entfernung flache Geschwüre mit wie angenagten Rändern zum Vorschein kommen. Ebenso zeigt sich die Unterlippe; die Sekretion der Geschwüre ist gering, das Geschwür selbst sehr schmerzhaft. Auf beiden Wangen zeigen sich mehrere Narbenzüge, in denen flache braune Knötchen zerstreut verteilt sind. In der Kinngegend, links und rechts von der Mitte je ein Fünfpfennigstück grofser, weicher, fluktuierender, ovaler Knoten, nicht exulceriert, die Cutis darüber sehr verdünnt. Die Nase selbst ist in ihrem untern Drittel unförmlich aufgetrieben, die Haut ist von Gefäfsen durchzogen; am linken Nasenflügel ist ein Defekt zu konstatieren, am rechten kleine, nicht exulcerierte Lupusknötchen sichtbar. Die Nasenschleimhaut zeigte im Eingange Borken und Krusten, welche oberflächliche Geschwüre zudecken; das Septum cartilagineum ist in beträchtlicher Ausdehnung perforiert. Auf der Wangenschleimhaut Geschwüre und vereinzelte miliare Knötchen. Auf der linken Tonsille ein ähnliches Geschwür, die submaxillaren Lymphdrüsen sind beiderseits multipel geschwellt, Epiglottis stark ulceriert. Knötchen sichtbar. In den Lungen phthisische Prozesse. Das Sputum enthält massenhaft Tuberkelbacillen, ebenso sind diese zahlreich in oberflächlich abgekratzten Granulationen des Ulcus lab. inf. nachweisbar, sowie in den Knötchen der Nase. Therapie wie bei dem ersten Fall. Von dem Skrofuloderma und dem Ulcus lab. inf. war je ein Meerschweinchen subkutan am Abdomen geimpft worden. Bei beiden entwickelte sich bald an der Impfstelle ein tuberkulöses Geschwür, die Lymphdrüsen der Leistengegend schwollen beiderseits an, und, als ungefähr zwei Monate nach der Infektion die Tiere getötet wurden, fand sich deutliche Tuberkulose der Lungen, Leber, Milz und Lymphdrüsen vor.

Ein Fall von Alopecia areata, von Dr. Leo. (Ebenda.) In der Sitzung des Vereins für innere Medizin vom 17. Oktober stellte L. einen 31jährigen Patienten mit fast totaler Alopecie vor. Schon als 5jähriges Kind erkrankte der Patient an derselben Affektion, freilich in viel geringerem Maſse. Es zeigte sich zu beiden Seiten des Hinterschädels je eine, etwa Fünfmarkstück groſse, kreisrunde Stelle. Dieselben behaarten sich nach zwei Jahren wieder, es blieb aber eine kleine, kahle Stelle. Die gegenwärtige Erkrankung begann im Januar d. J., zu welcher Zeit Patient in der Gegend des Kinns eine Zwanzigpfennigstück groſse, kahle Stelle bemerkte, welche innerhalb 3 Wochen das ganze Kinn ergriff. Eine ebensolche kahle Stelle machte sich in der Gegend des linken Schnurrbartes bemerkbar, und Ende Februar eine zweite an derselben Stelle. Patient rasierte nun den ganzen Schnurrbart, aber bereits nach 14 Tagen zeigte es sich, daſs keine Haare nachwuchsen. Im März begannen die Augenbrauen und Wimpern auszugehen und die Kopfhaare sich zu lichten. Zugleich fühlte Patient ein schmerzhaftes Ziehen in allen Gliedern mit allgemeiner Mattigkeit und intensiven Kopfschmerzen an einer zirkumskripten Stelle der Scheitelgegend. Diese Symptome schwanden nach Gebrauch von Salicylsäure mit Ausnahme der intensiven Kopfschmerzen, welche bestehen blieben, bis die Haare des Kopfes geschwunden waren. Gegenwärtig hat der Patient, auſser in der Gegend der Axelhöhle und einigen spärlichen Partien an den unteren Extremitäten, keine Haare mehr. Sensibilität stets intakt, das Kniephänomen ist beiderseits sehr gesteigert. L. ist es nicht gelungen, irgend welche Miskroorganismen zu finden und glaubt er daher, diesen Fall auf eine trophoneurotische Ursache zurückzuführen.

Ein Fall von Framboesia, von Dr. O. Lassar. (*Berl. Klin. Wochenschr.* No. 47.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 2. November stellte L. einen 57jährigen Kranken mit gigantisch und zahlreich entwickelten Flecken und Tumoren der Haut vor, welche sich keiner andren Neubildung als der bei uns sehr seltenen Framboesia (Granuloma fungoides, Mykosis fungoides Alibert) einreihen lassen. Die mikroskopische Struktur ergibt dementsprechend eine vom subkutanen Bindegewebe ausgehende Granulationsgeschwulst. Bemerkenwert erschien, daſs trotz Mangels jeden syphilitischen Anhaltspunktes spezifische Behandlung sichtlichen Rückgang der Geschwülste und sämtlicher übrigen Effloreszenzen bewirkt hat.

G. Lewin bemerkte dazu, daſs er die Framboesia einteilen möchte in eine endemische und in eine sporadische. Die erste herrscht in den tropischen und subtropischen Gegenden Westafrikas und Westindiens. Daſs hier keine Syphilis vorliegt, ergibt sich daraus, daſs die Krankheit nicht selten spontan heilt, und die Quecksilberbehandlung ohne Erfolg ist, ja selbst schädlich wirkt. Eine direkte Übertragung scheint hier möglich. Es wird angegeben, daſs zur Zeit der Sklaverei Frauen, welche der Pflege ihres kranken Kindes wegen sich der Arbeit entziehen wollten, in bestimmte Gebirgsbezirke sich begaben, um ihre Kinder infizieren zu lassen. Von der

sporadischen Form sind bis jetzt ca. 30 Fälle beschrieben, welche fast alle als Granulationsgewebe sich ergaben.

In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 17. Juli stellte KALISCHER einen Fall von **generalisierter Vaccine** vor, der ein Kind betraf, welches er 8 Tage vorher geimpft hatte. Am Tage der Revision zeigte es sich auf dem ganzen Körper mit Pockeneruptionen besät, als ob es nicht am Arm, sondern am ganzen Körper geimpft worden wäre. Diese Eruptionen sollen am 4. Tage nach der Impfung unter Fiebererscheinungen am Oberkörper begonnen und an den folgenden Tagen weiter hinunter gestiegen sein. Die Impfung geschah mit animaler Lymphe aus dem Königl. Impfinstitut. (*Berl. Klin. Wochenschr.* No. 43.)

Über Pediculosis, von Dr. H. GOLDENBERG. (Ebenda No. 46.) Die Phthiriasis verläuft manchmal unter so verstecktem Bilde, daſs sie sehr leicht mit Impetigo faciei contagiosa und der Skrofulose verwechselt werden kann. Unter Impetigo contagiosa darf man doch nichts Andres als eine infektiöse und ziemlich akut aufschieſsende Eruption scharf vereinzelter, zur Epidermiserweichung neigender Entzündungsinseln mit reichlicher Exsudation dickflüssiger Lymphe an der Oberfläche verstehen. Diese trocknen rasch zu Borken ein, behaupten ihren vornehmlichen Sitz im Gesicht, machen verhältnismäſsig geringe Beschwerden und besitzen dabei eine eklatante Übertragbarkeit von Person zu Person immer in derselben Grundform. Ähnliche honigwabenartige Krusten finden sich unter allerlei Umständen und werden deshalb leicht mit Impetigo contagiosa verwechselt. Unter diesen kommen in erster Linie die Folgezustände der Pediculis capitis in Betracht. Letztere zeigen oft die polymorphen, oft grindigen Ekzemerscheinungen und sitzen besonders an der Haargrenze im Nacken. Durch Lüftung des Kopfhaares im Nacken wird man sich meist ohne weiteres vor jeder Verwechselung schützen; denn hier findet man die Anwesenheit von Läusen oder Nissen. Ferner kann die Pediculosis sehr leicht Skrofulose vortäuschen, besonders wenn man auf die Anschwellung der Nacken- und Halsdrüsen zu groſses Gewicht legt. G. hat sogar in der letzten Zeit eine Reihe von Kindern mit Blepharitis und Conjunctivitis catarrhalis oder phyctaenulosa beobachtet mit gleichzeitig bestehenden Hautleiden, als deren Ursache Pediculosis capitis zu erkennen war, und welche nach Beseitigung der Läuse durch Petroleum und Seife oder durch Sabadillenessig sehr bald heilten.

Zur Kenntnis der antibakteriellen Wirkung des Jodoforms, von Prof. NEISSER (*Virchows Archiv.* Bd. 110.) Unter den vielen interessanten Versuchen hat N. auch mit Jodoform reichlich gepulverte Tampons in die Vagina eingeführt, um zu sehen, welchen Einfluſs dieselben auf die in derselben vorhandenen Mikroorganismen haben, und hat gefunden, daſs in der That die Staphylokokken und Streptokokken einigemal kurze Zeit nach der Jodoformbehandlung (natürlich bei Weglassung

aller übrigen Ausspülungen) in dem Sekrete fehlten. Bacillen, namentlich ein grünfärbender, verflüssigender Bacillus, blieben dagegen trotz reichlichster Anwendung immer zurück. Ferner hat er an fünf eiternden Unterschenkelgeschwüren konstatiert, ob und welche Mikroorganismen unter dem sorgfältig durchgeführten Verbandmaterial, aber ohne sonstige desinfizierende Flüssigkeiten, zurückgeblieben. Er fand eine wesentliche Abnahme der Mikroorganismen, speziell der am meisten gefürchteten Staphylokokken, in dem Sekret der Ulceration, ja, an manchen Tagen kam auf 5—6 reichlich mit Wundsekret bestrichenen Impfgläsern nur ein einziger Herd zur Entwickelung. Aber die Resultate sind inkonstant und von sicherer Antisepsis ist keine Rede. Häufig genug fanden sich am sechsten Tage nach Beginn der Jodoformbehandlung noch typische Staphylokokkenkulturen.

Über das Sozojodol, von Dr. O. Lassar. (*Therap. Monatshefte.* No. 11.) L. hat das Sozojodol in verschiedenen Fällen versucht und gefunden, dafs es in 5 % und 10 % Streupulver und Pasten (mit der Grundlage Zink-Amylum-Vaselin oder Lanolin) die entzündete und gereizte Haut zu milder, reaktionsloser Schälung bringt, und dafs es auf frische, sowie länger bestehende Ekzeme jeder Provenienz, auf Herpes squasomus, Herpes tonsurans, Impetigo und Geschwüren einen augenblicklich wohlthätigen Einfluſs hat. Namentlich oberflächlichen Bartflechten tritt die 10 % Paste wirksam entgegen, wie dieselbe überhaupt gegen die eigentlichen Mykosen von Wert zu werden verspricht. 5% Sozojodol-Talkum-Verbände bei varikösen Beingeschwüren, 1—10 % Pasten gegen Hautentzündungen und Pilzflechten sind von so gutem Erfolg gewesen, dafs in vieler Beziehung das Sozojodol gewifs in Konkurrenz mit dem bislang souveränen Salicyl zu treten vermag, ihm aber durch die Möglichkeit weitgehenderer Konzentration, ohne dafs hierdurch künstliche Entzündung eingeleitet wird, voraussichtlich den Rang streitig machen wird.

Ein neuer Spülapparat der Harnröhre, von Dr. H. Lohnstein. (*Berl. Klin. Wochenschr.* No. 47.) Um das Sekret bei Urethritis schneller zu entfernen, hat Zülzer einen Spülapparat angegeben, welcher so konstruiert ist, dafs durch das eine Bohrloch einer doppelt durchbohrten Schlufsglocke ein langes, bis an das Ende des Apparates reichendes Rohr, welches nach aufsen mit dem die Spülflüssigkeit enthaltenden Irrigator kommuniziert und durch einen Hahn beliebig geschlossen werden kann, geht. Die durch das zweite Bohrloch gehende Röhre ist nach aufsen mit einem kurzen Gummischlauch versehen und dient als Abflufsrohr für das abströmende Spülwasser; nach innen umfafst es konzentrisch das andre Rohr. Die Applikation des Apparates wird fast ausnahmslos gut vertragen. Gewöhnlich genügen 2—3 Liter einer (6 pro mille) Kochsalzlösung zur vollständigen Reinigung der Harnröhre. Nach der Spülung erst beginnt man die gereinigte Urethralschleimhaut zu behandeln, wobei bemerkt werden mufs, dafs die Wirkung der Präparate ceteris paribus weit energischer ist, als ohne vorausgegangene Spülung. Fast stets hört nach 5—6maligem grün-

lichen Spülen der dicke, rahmartige Ausfluſs aus den Urethra auf, während gleichzeitig ein erheblicher Nachlaſs der Schmerzen eintritt. Ist der Ausfluſs dünnflüssiger und durchsichtiger geworden, so wird die Spülung, die bis dahin täglich zweimal ausgeführt wurde, event. in längeren Intervallen wiederholt.

Zur Frage über die Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis, von Dr. H. Neumann. (Ebenda No. 43.) Im Moabiter Krankenhaus kam unter 861 männlichen Kranken nicht weniger als 17 mal Tabes zur Beobachtung und zwar unter 571 Nichtinfizierten 5 mal, unter 147 mit weichem oder hartem Schanker Infizierten 12 mal, hierbei unter 76 sicher Syphilitischen 9 mal. Hiernach erkrankten an Tabes überhaupt 2 %, von Nichtinfizierten 0,9 %, von solchen mit weichem oder hartem Schanker 8,2 %, von sicher Syphilitischen 11,8 %. Die Frage, wie oft Syphilis bei Tabes vorkommt, lieſs sich aus dem Material dahin beantworten, daſs 50 % sicher syphilitisch waren.

Die subkutane Quecksilberbehandlung der Syphilis, Inaugural-Dissertation von R. Ledermann. Verf. gibt eine geschichtliche Übersicht über die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Injektionen, und zwar mit Sublimat, Kalomel, Jodquecksilberpräparaten, mit den Oxyden des Quecksilbers, den Albuminat- und Peptonverbindungen desselben, den Quecksilberamidoverbindungen, dem Cyan-, Blutserum-, Glykokoll-, Asparagin- und Alaninquecksilber, mit Äthylsublimat und dem Hydrarg. oxydat. carbol. und hat derselbe die Litteratur fast in dem ganzen Umfange über die erwähnten Verbindungen und deren Resultate zusammengestellt.

Berlin. L. Hoffmann.

Amerika.

Journal of cutaneous and venereal diseases. Vol. IV. No. 10—12.

Die Reihe der Originalarbeiten wird in No. 10 eröffnet von:

Trophoneurose der Haut, verursacht durch Verletzung des Nervus medianus, von G. H. Tilden. (Vortrag in der 10. Jahresversammlung der Amer. Dermatol. Gesellschaft.) Nach einer Verletzung am Handgelenk durch eine Säge traten am Arm und an der Hand bullöse und tylotische Veränderungen der Oberhaut auf, weiter Anästhesien und Parästhesien und Anomalien der Motilität. Elektrische Behandlung schaffte vorübergehende Besserung.

Bemerkungen über Medikamente, von Henry G. Piffard. (Vortrag in der. 10. Jahresversammlung der Amerik. Dermatol. Gesellschaft.) Verf. erwähnt zunächst von dem Ungt. hydrarg. praecip. alb. die nicht selten beobachtete, reizende Wirkung des jetzigen offizinellen Präparates und schreibt dieselbe dem Umstande zu, daſs diese Salbe jetzt aus reinem Fett hergestellt wird, während nach der früheren Vorschrift Fett und Wachs gebraucht wurden. Seitdem er die Salbe mit Ceratum Cetacei anfertigen läſst,

hat er nur günstige Resultate erzielt. Diese Beobachtung dürfte auch für uns nicht ohne Interesse sein, da die getadelte Vorschrift auch in der Pharm. Germ. Aufnahme gefunden hat.

Acidum sulfurosum hat nach der neuen Vorschrift nur etwa die halbe Stärke des früheren Präparates, und es erscheint daher dem Verf. wichtig, etwaige Verwechselungen beider Präparate zu vermeiden.

Weiterhin folgen einige kürzere Bemerkungen über Traumaticin, Lanolin und Ichthyol. Letzteres scheint dem Verf. dem früheren Oleum sulfuratum oder Balsamum Sulfuris simplex zu entsprechen und würde nach seiner Ansicht einen hervorragenden Platz unter den Heilmitteln einnehmen, wenn es nicht in allen Zeitungen als Universalmittel für Hautkrankheiten angepriesen würde. Diese geschäftsmäfsige Ausbeutung schliefst das Ichthyol für den Verf. von dem Armentarium des wissenschaftlichen Arztes aus. (Die Reklame, auf welche Piffard hinzielt, ist rein amerikanischen Ursprungs, und es ist eine eigentümliche Logik, diesen Umstand nicht seinen Landsleuten, sondern dem Heilmittel entgelten zu lassen.)

Scharlach und scharlachartige Ausschläge nach Verletzungen und Operationen, von J. E. Atkinson. (Vortrag in der 10. Jahresversammlung der Amerik. Dermatol. Gesellschaft zu Greenwich.) Diese überaus fleifsige und wertvolle Arbeit, welche eine genaue Übersicht über die einschlägige Litteratur enthält, gelangt zu folgenden Resultaten:

1. Ungeschützte Personen, welche eine Verletzung erlitten oder eine Operation überstanden haben, sind dem Scharlach viel leichter ausgesetzt, als ungeschützte, gesunde Personen, wahrcheinlich infolge geringerer Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten. Dafs der Scharlach solche Personen leichter befällt, als andre Exantheme, liegt wohl nur an der weiteren Verbreitung desselben.

2. Sobald die Symptome, welche sich nach Verletzungen oder Operationen zeigen, einen überwiegend epidemischen Charakter darbieten, kann mit Zuversicht auf Scharlach geschlossen werden.

3. Septikämie wird gelegentlich von einem scharlachartigen Ausschlag begleitet, welcher nicht auf dem Kontagium des Scharlachs beruht.

4. Arzneiexantheme, besonders die durch Chinin und dessen Präparate hervorgerufenen, folgen nicht selten nach Verletzungen und Operationen, und werden sicher in vielen Fällen mit wahrem Scharlach oder Septikämie verwechselt.

Es folgt ein ausführlicher Bericht der 10. Jahresversammlung der Amerik. Dermat. Gesellschaft zu Greenwich, aus dem wir hier erwähnen:

Dr. Edw. Bennet Bronson, Ein Fall von **Erythanthema syphiliticum.** Die sich anschliefsende Diskussion knüpft vorzugsweise an die Ansicht des Verf.s, dafs das Erythanthema syph. nur eine indirekte Folge der Syphilis und das Resultat der Reflexreizung der Haut durch die Einwirkung

der Krankheit auf die Nervenzentren sei. Dr. F. B. Greenough hebt das Vorhandensein kleiner Kongestionen, welche den Follikeln entsprechen, als unterscheidendes Merkmal gegenüber allen andern Arten von Hautkongestion bei der syphilitischen Roseola hervor, und zwar zeigen sich dieselben noch lange, nachdem die Kongestion bereits vesschwunden ist.

Dr. J. E. Atkinson, **Über Rubella oder Röteln.** Der Vortragende bespricht nach einer ausführlichen Darstellung dieser Krankheit die Verwirrung in der Nomenklatur und schlägt die Bezeichnung „Rubella" vor, während ihm für den populären Gebrauch epidemische Roseola zweckmäfsig erscheint. Während den neuen Terminus „Rubella" auch James C. White befürwortet, weil der bisher gebräuchliche „Rubeola" sowohl in England als auch in Deutschland zuweilen für Masern angewendet werde, zieht E. B. Bronson den letzteren vor, da für Masern „Measles" bezeichnend sei. Der Vorsitzende erinnert an seinen vor Jahren gemachten Vorschlag, Morbilli für Masern, Rubeola für Röteln und Roseola für die einfachen, roten Flecke, wie sie bei der Syphilis und andern Affektionen vorkommen, festzusetzen.

Dr. G. H. Fox, über einen **Fall von Lymphadenoma** (Mykosis fungoides; mit Sektion. Nach vorausgegangenem, allgemeinem Pruritus entwickelten sich kleine flache Tumoren in den Achselgruben. Sie verschwanden an dieser Stelle wieder, um sich an andern von neuem zu bilden. Die ausgesprochensten der zum Teil ulcerierten Läsionen fanden sich auf der Brust. Solutio Fowleri und Chaulmoograöl blieben erfolglos.

R. W. Taylor, **frühzeitige Gummata.** Von den Schlufsfolgerungen, in welchen T. seine Beobachtungen zusammensetzt, ist folgendes hervorzuheben:

1. Wie andre maligne, syphilitische Affektionen können auch die Gummata frühzeitig, selbst schon im zweiten, gewöhnlich aber im dritten oder vierten Monat nach der Infektion auftreten.

2. Von den frühzeitigen Gummata gibt es drei Formen, a. die allgemeine, ausgedehnte, b. die mehr lokalisierte, welche meist symmetrisch verteilt ist, und c. eine Form mit vorausgehenden und begleitenden Neuralgien, deren Ausschlag in mancher Hinsicht dem Erythema nodosum ähnelt.

3. Von den später auftretenden Gummata unterscheiden sich diejenigen einer frühen Periode durch ihre akute Entstehung, den schnelleren Verlauf, sowie in der Regel durch die geringere Tiefe und Zerstörung.

4. Es gibt eine nicht operative oder resolutive und eine ulcerative Varietät.

5. Die Kombination von Merkur und Jodkali ist ungleich wirksamer bei dieser Affektion, als Merkur allein.

Im Anschlufs an den Vortrag von Atkinson über Scharlach nach Verletzungen erwähnt P. A. Morrow, dafs ein dem Scharlach ähnlicher Ausschlag häufig durch Antipyrin hervorgebracht werde, obschon derselbe in der Regel mehr den Masern gleiche. Dieselbe Wirkung könnten antisep-

tische Verbände, z. B. mit Karbolsäure oder Jodoform, haben. Auch auf die „doctor's rash" genannte Eruption müsse hingewiesen werden, welche häufig bei sensitiven Personen — besonders Frauen — auftrete, sobald sie zur Untersuchung entblöfst werden.

L. N. Denslow erwähnt, dafs bei einer jungen Frau ein scharlachartiges Exanthem entstand, sobald deren Haut dem Sonnenlicht ausgesetzt wurde

J. E. Graham zeigte Präparate eines Falles von Ainhum der Zehe.

Die Korrespondenz enthält eine Übersicht über die Dermatologie und Syphilographie in Frankreich aus der Feder unsers geehrten Kollegen Brocq. Es werden besprochen: Das neue Werk Fourniers über späte hereditäre Syphilis. — Die Beziehungen zwischen Lupus und Tuberkulose, von Leloir.

Behandlung des Lupus vulgaris. Im Pariser St. Louis-Hospital sind nach Br. zwei verschiedene Behandlungsmethoden in Gebrauch. Vidal zieh die chirurgische Methode, d. h. speziell die quadrilateralen, linearen Skarifikationen vor, welche meist geradezu wunderbare Resultate, besonders hinsichtlich der Narbenbildung, geben, während Besnier derselben vorwirft, die Infektion des Körpers mit tuberkulosem Virus zu begünstigen, und deshalb nur elektrisch oder galvanisch ätzt. Gegenüber der letztern Ansicht hebt Verf. hervor, dafs er nach Skarifikationen, trotz vielfacher Anwendung derselben, niemals eine schnellere Entwickelung der Tuberkulose als in den sich selbst überlassenen Fällen gesehen habe. Er hat die Überzeugung gewonnen, dafs es häufig zweckmäfsig sei, beide Methoden zu vereinigen. Dementsprechend beginnt er mit linearen, kreuzweisen Skarifikationen, welche er alle 8 Tage wiederholt, und läfst in den Zwischenräumen Emplastrum de Vigo auflegen. Die anfangs schnelle Besserung läfst bald nach und dann ätzt er galvanokaustisch. Das Resultat einer derartigen event. mehrfach wiederholten Abwechselung ist meist ein sehr günstiges und zwar jedenfalls ein besseres als bei ausschliefslichem Gebrauch der ersteren Methode. Auch die Narben sollen auf diese Weise viel schöner werden. Für sehr zweckmäfsig erklärt Verf. wiederholte Waschungen mit einer 1‰igen Sublimatlösung während dieser Kur und den internen Gebrauch von Arsenik. Seine bisherigen Versuche mit Salicylsäure- und Pyrogallussäurekollodium (1,0 : 50,0 und 5,0 : 50,0) haben zu unsichere Resultate ergeben und vor allem zuweilen eine zu intensive und anhaltende Entzündung mit nachfolgenden, schwer heilenden Ulcerationen, während die Lupusknoten nicht hinreichend zerstört wurden.

Behandlung von Lupus erythematosus. Auch bei dieser Lupusform erzielte Br. mit den soeben erwähnten Kollodiumpräparaten sehr günstige Resultate, obgleich er die sich kreuzenden, dichten Skarifikationen für die beste Behandlung hält, welche wir bis jetzt für diese Krankheit besitzen. Beim Gebrauch des Kollodiums mufs eine etwaige Ansammlung von Eiter unter der Kollodiumdecke sorgfältig verhütet und, falls es doch vorkommt

die letztere entfernt werden, da sonst sehr leicht eine heftige Entzündung, Schmerzen und selbst tiefe Ulcerationen entstehen können. Neuerdings versuchte Verf. eine Mischung von Eidotter und Essig — entweder zu gleichen Teilen gemischt und 24 Stunden lang mazeriert, oder das hartgekochte Dotter mit Essig verrieben und einige Stunden lang mazeriert — als Paste. Ist letztere nicht scharf genug, so mag Essigsäure zugesetzt werden, wodurch die Wirkung beliebig abgemessen werden kann. Sie wird auf Flanell gestrichen und während der Nacht aufgelegt. Verf. glaubt dieses Verfahren — mit Seifenpflaster alternierend — als überaus bequem für den Pat. und nächst den Skarifikationen wirksamstes Mittel empfehlen zu sollen. Wird die Entzündung zu heftig, so soll Kartoffelstärke aufgelegt oder Vaseline aufgestrichen werden. Die zum Schlufs erwähnte Methode Besnier's — Auskratzen mit dem scharfen Löffel, wiederholtes Kauterisieren des Narbengewebes mit dem Höllensteinstift und schliefslich Überstreichen mit einem Zinkstift — gibt nach des Verf.s Ansicht kaum so günstige Narben, wie die soeben besprochenen.

Behandlung superfizieller Epitheliome. Verfasser empfiehlt dringend das Verfahren Vidals. Derselbe entfernt sorgfältig alles kranke Gewebe mittels Kurette, ätzt die Wunde mit reinem, pulverisiertem Kali chloricum und verbindet mit Tarlatan, welcher in einer konzentrierten Kali chloricum-Lösung angefeuchtet ist.

Behandlung von Melanodermata. Leloir empfiehlt zur Behandlung dieser Affektion folgendes Verfahren. Zunächst gründliche Reinigung der betreffenden Stelle mit einer milden Kaliseife oder Alkohol, alsdann wiederholtes Auftragen einer Lösung von 100 pp. Chloroform und 15 pp. Acid. chrysophanicum. Nach dem Eintrocknen derselben wird Traumaticin darübergepinselt. Er hat dieses Verfahren in zahlreichen Fällen von Pigmentation verschiedenen Ursprungs, in 3 Fällen von flachem Pigment-Naevus (Naevus spilosus), sowie in 2 Fällen von Pigment-Naevus von der Gröfse eines Fünffrankstückes verwendet und auf diese Weise schnelle Heilung erzielt. In zweien der letzteren Fälle gebrauchte er vorher eine Salicylsalbe und glaubt hierdurch die Wirkung der Chrysophansäure noch gesteigert zu haben. (*Journ. de Connaissances Méd.* Juli 1886.)

Die Anwendung des empyreumatischen Öls des Eidotters als Verbandmittel, von Dr. Oger. Dieses Öl wurde von Fremm als antiseptisches Verbandmittel mit vorzüglichem Erfolg bei Geschwüren und eiternden Wunden, sowie auch schliefslich bei Gonorrhöe verwendet. Zur Herstellung des Öls wird das Eidotter vom Weifsen getrennt und 40 Minuten lang gekocht. Es zeigt eine bräunliche Farbe und riecht wie verbrannte organische Substanzen, z. B. Horn. Der Geschmack ist anfangs süfslich, dann intensiv bitter; die Konsistenz ist sirupartig; Reaktion neutral; Dichtigkeit 0,986. (*Journ. de Méd. de Paris.* 15. August 1886.)

Das 11. Heft bringt folgende Originalarbeiten:

Bericht über einen Fall von Favus (Tinea favosa) mit Bemerkungen über die Behandlung der Tinea, von PRINCE A. MORROW. Anknüpfend an einen ausgebreiteten Fall von Favus erörtert M. die Behandlung der Pilzkrankheiten des behaarten Kopfes. Er ist Anhänger der Epilation und zieht als Antiparasitikum ein Chysarobin-Salicylkollodium allem andren vor.

Bemerkungen über einen Fall exfoliativer Dermatitis (Pityriasis rubra?) mit bullösen Läsionen, von W. A. HARDAWAY. Bei der betreffenden Patientin, einer 45jähr., vollkommen gesunden Dame, zeigten sich auf Brust, Abdomen, Armen, Rücken und Lenden die charakteristischen Läsionen der Pityriasis rubra, welche sich ungefähr am 24. Tage ihres Bestehens mit einer Anzahl gröfserer Blasen komplizierten. Dieselben entwickelten sich in der Gröfse eines Fingernagels bis zu derjenigen eines Markstückes an den Lenden, dem Abdomen und den Hinterbacken, wo die Haut heftig entzündet war. Diese Blasen flossen nicht zusammen, sondern behielten ihre individuelle Beschaffenheit und waren unregelmäfsig zerstreut. Als einzigen, ihm bekannten, ähnlichen Fall erwähnt Verfasser den von Dr. P. A. MORROW im Juni-Heft 1886 des *Journ. of cut. and vener. diseases* berichteten, in dem die ausgesprochene Pityriasis rubra zahlreiche, stecknadelkopfgrofse Bläschenpusteln als Komplikation darbot.

Beitrag zum klinischen Studium des Sklerodermа, von J. E. GRAHAM. Der erste Fall zeigte die akute Form dieser Krankheit illustriert. Die Behandlung der 47jährigen Patientin begann nach 7monatlichem Bestehen der Krankheit, welche am Nacken mit der charakteristischen Induration der Haut begonnen und sich rasch über den ganzen Körper verbreitet hatte, und zwar bestand dieselbe in dem innerlichen Gebrauch des Syrupus Ferri jodati und Liq. Arsenicalis (letzterer zu 0,3 pro dosi nach jeder Mahlzeit), sowie in der täglichen Anwendung des elektrischen Stromes. Bereits nach 6monatlicher Dauer der Kur war ein Fortschritt zu konstatieren, indem die indurierte Haut anfing weicher zu werden. Gegen Ende des dritten Monats war die Krankheit fast vollständig beseitigt, und es hat sich seitdem nicht das geringste Recidiv wieder gezeigt. Ödem war niemals vorhanden, Pigmentation nur in geringem Grade auf der Rückseite des Halses und an der Oberlippe.

Im zweiten Falle liefs sich eine erhebliche Disposition zu Rheumatismus in der Familie des 39jähr. Patienten nachweisen. Letzterer selbst erfreute sich bis zum Beginn dieser Hautkrankheit einer vorzüglichen Gesundheit. Die Krankheit begann mit Steifheit der Glieder und zugleich Anschwellung der Beine, welch letztere höchstwahrscheinlich ödematöser Natur war. Nach ca. 4 Wochen machte sich eine Verfärbung der Hüften und Schamleisten bemerkbar und nach weiteren 3 Monaten eine Verhärtung der Haut an den Lenden und Schenkeln. Diese Induration der Haut ver

breitete sich aufserordentlich schnell, bis der Stamm und die Glieder mehr oder weniger in dieser Weise affiziert waren. Andauernde Konstipation. Während der letzten 3 Monate hat sich weder die Ausdehnung, noch die Intensität der Hautinduration verändert. Die Pigmentation ist an verschiedenen Stellen sehr intensiv, so dafs die Haut z. B. in der rechten und linken Inguinalgegend eine Mulattenfarbe zeigt. Über den Hüftgelenken hat die Krankheit die höchste Entwickelung erreicht; die Teile sind hart wie Holz, und die Haut ist an den darunterliegenden Teilen fest angeheftet. Auf der vorderen Seite der Unterschenkel finden sich einige weifse Flecke infolge kompletten Pigmentmangels, so dafs die Haut hier ein narbenähnliches Aussehen darbietet. Auf der andren Seite des rechten Unterschenkels wurde die braune Hautfärbung von sich kreuzenden, weifsen Linien unterbrochen. Nach der Erklärung des Patienten bestand früher an den jetzt pigmentlosen Stellen eine tiefe Pigmentation. Patellarreflex fehlt, ebenso Symptome von Ataxie. Die Sensibilität ist an einzelnen Teilen der sklerosierten Haut vermindert, an andern normal. Die Bewegungen sind erschwert. Auch in diesem Falle bestand die Behandlung in der Anwendung des konstanten Stromes, sowie in der Darreichung von Kali jodatum, Syr. ferri jodat. und Leberthran, sowie Einreibungen mit Olivenöl. Das später verordnete Natron salicyl. blieb ohne Wirkung. Der Zustand des Patienten besserte sich etwas.

Während Dr. VAN HARLINGEN in einer Arbeit 1873 28 bis dahin bekannte Fälle aus der Litteratur zusammengestellt hat, hat der Verfasser seit diesem Jahre bis jetzt gegen 30 Fälle gefunden. Wahrscheinlich kommt die Krankheit im gemäfsigten Klima häufiger vor, als in heifsen Gegenden, denn von den zusammengestellten Fällen kommen nur 2 oder 3 auf letztere.

Höchtwahrscheinlich steht die Sklerodermie in einem gewissen Zusammenhange mit den Trophoneurosen und verschiedenen Formen von Rheumatismus, und zwar nach des Verfassers Ansicht mit den letzteren wohl in engerer Verbindung. Auch DUHRING erwähnt, dafs Rheumatismus, besonders der Gelenke, in manchen Fällen dem Ausbruch dieser Krankheit vorausgeht. Die Veränderungen, welche sich an den Gelenken bei chronischen rheumatischen Affektionen finden, sind jenen in der Haut bei Sklerodermа oft sehr ähnlich. Es entsteht bei ersteren zunächst eine Vermehrung des Bindegewebes, welche zuweilen von Atrophie gefolgt wird, während bei Sklerodermа die Hypertrophie des Bindegewebes gleichfalls in Atrophie übergeht. Auch Perikarditis, diese häufigere Komplikation des Rheumatismus, findet sich in mehreren Fällen von Sklerodermа. Die Seltenheit der letzteren Krankheit gegenüber der Haufigkeit des Rheumatismus kann nicht gegen das Bestehen eines Zusammenhanges zwischen beiden Affektionen sprechen. Verfasser glaubt daher, dafs hinreichende Gründe vorhanden sind um antirheumatische Mittel anzuwenden, zumal sich dieselben, wie türkische Bäder, Öleinreibungen, Kalium jodat., thatsächlich nützlich gezeigt haben. Morphoea glaubt der Verfasser von dem Sklerodermа trennen zu

sollen, obgleich beide in ätiologischer Beziehung höchstwahrscheinlich eng verbunden sind und zwar in verschiedenen der beschiebenen Fälle so eng, dafs es nicht wohl möglich ist, beide voneinander zu trennen. Er schliefst sich Duhrings Einteilung der Krankheit in eine akute und eine chronische Form an, von denen die erstere — zu diesen gehört der erste der oben beschriebenen Fälle — die ungleich seltenere ist, denn es finden sich in der Litteratur nur 4 oder 5 derartige Fälle. Bei der akuten Form ist nach des Verfassers Ansicht nur geringe Pigmentierung vorhanden.

In dem Bericht über die 156. Sitzung der New-Yorker Dermatologischen Gesellschaft finden sich folgende Themata:

Ein Fall von Epitheliom des Gesichts, von Dr. Daniel Lewis.

Ein Fall von Lichen planus, von Dr. Bulkley. Derselbe bietet einiges Interesse, da der Ausschlag lediglich auf die Streckseite der Unterschenkel und Unterarme, sowie in Gestalt eines ca. 1½ Zoll grofsen Fleckes auf den unteren Rand der behaarten Kopfhaut in der hinteren Mittellinie beschränkt war. Auffallend war ferner die braune, harte Beschaffenheit der Läsionen an den Unterextremitäten, sowie die Hartnäckigkeit gegenüber der Behandlung.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von Dr. Bronson.

Urticaria-Exanthem durch Kalium jodatum, von Dr. Taylor.

Diphtheritischer Schanker, von Dr. Taylor. Der Fall gehörte zu einer Familienepidemie. Die übrigen Kranken zeigten die gewöhnlichen Initialformen.

Ein Fall von Epithelioma, von Dr. Bulkley.

Ferner berichtete Dr. Sherwood über einen Fall von Pityriasis rubra, und zum Schlufs zeigte Dr. Taylor ein **Mund-Speculum** aus Aluminiumbronze vor, eine Modifikation des so zweckmäfsigen Piffardschen Instrumentes.

Das 12. Heft enthält:

Mitteilung über das bullöse Exanthem nach dem innerlichen Gebrauche von Jodkali, von James Nevins Hyde. Der Inhalt dieser Arbeit, welche 2 Fälle dieser Exanthemform mitteilt und mit zahlreichen Litteraturangaben versehen ist, gipfelt in folgenden Fragen, welche die während der Beobachtung gewonnenen Ansichten des Verfassers wiedergeben:

1. Gibt es nicht 3 Unterarten des bullösen Exanthems nach dem Gebrauche von Jodkali bei gewissen Personen?

2. Ist nicht die erste und häufigste derselben jene, welche im allgemeinen bei Personen höheren Alters und kachektischer Konstitution gefunden wird und deren Ausschlag eine typische Blasenform zeigt?

3. Gibt es nicht eine zweite, und zwar seltenere Unterart, bei welcher die Eruption eine di- oder polymorphe Beschaffenheit darbietet, indem typisch ausgebildete Blasen mit Papeln, Tuberkeln, scharlachartigen Flecken oder mit andern und differenten Läsionen gemischt sind?

4. Giebt es nicht eine dritte und seltenere Unterart, einen blasenähnlichen Ausschlag, welcher am häufigsten im Gesicht und auf der Rückseite der Hände und Vorderarme von Kindern gefunden wird; bei welcher die Läsionen halbsolid, leicht genabelt und angefüllt sind mit sagokornähnlichem, dickem, gelblichem, weifslichem und dunkler gefärbtem Inhalt, welche nach dem Platzen ihrer Hülle nicht kollabieren, sondern ohne deutlichen Austritt ihres Inhaltes nach dem Aussetzen des die Eruption hervorrufenden Medikamentes schrumpfen und zu einem Schorf eintrocknen können?

5. Ist diese zuletzt beschriebene Läsion allein als Resultat der Jodkaliaufnahme zu betrachten, wie das Gumma der Syphilis?

Entzündung der Haarfollikel in der Nase, von W. A. Hardaway. Im Anschlufs an einen früheren Aufsatz über Ekzema narium hebt Verfasser hervor, dafs nach dem Vorgange Moldenhauers zwischen dem häufigen, einfachen Ekzem und einer Entzündung der Vibrissae, der Folliculitis barbae entsprechend, unterschieden werden müsse. Die letztere Affektion ist nach seiner Erfahrung häufig mit Störungen der Gesundheit verbunden und besonders eine Folge von aufsergewöhnlicher und anhaltender Geistesthätigkeit. Die Heftigkeit der Krankheit und der Schmerzen erklärt sich durch den Umstand, dafs es sich um eine Entzündung der Haarfollikel an einer Stelle handelt, wo wenig Platz für die Ausdehnung des Entzündungsprozesses vorhanden ist. Nicht selten kommt es zur Desquamation der entzündeten Haut. Eiterung ist verhältnismäfsig selten; die Dauer der Affektion kann von einigen Tagen bis zu etlichen Wochen betragen. Sie kann jedoch auch von einem Follikel zum andren weiter kriechen, und in solchen chronischen Fällen bringen die Patienten die entstehende äufsere Röte der Nase gewöhnlich nicht in Zusammenhang mit der Enzündung der Vibrissae.

Innerliche Behandlung hat Verfasser fast stets nötig befunden und zwar besonders um etwaige Mängel des Gesundheitszustandes, namentlich der Verdauung zu beseitigen. Als besonders vorteilhaft empfiehlt er neben einer allgemeinen tonischen Kur die folgende Mischung:

Ol. Jecor. aselli	120,0
Pancreatin. saccharat.	3,75
Pulv. acaciae	q. s.
Glyceriti hypophosphiti	
Syr. calcii lactophosphat.	
Aquae	aa 120,0
Ol. gaultheriae	gtts. 30

M. f. Emulsio. D. S. 3 mal täglich nach dem Essen einen Efslöffel voll.

Im akuten Statium läfst er die Nase sowohl innerlich, als äufserlich mit Glycerin oder gewöhnlich mit einer Mischung von Glycerin und Squire's Glycerole of the subacetate of lead (bestehend aus: Plumb. acetic. 5 pp., Litharg. 3½ pp., Glycerin 20 pp. nach Gewicht) einpinseln. Für sehr wichtig hält er die Epilation der Haare aus den entzündeten Follikeln.

Über den Wert des Arseniks in der Behandlung von Hautkrankheiten, von R. W. Taylor. Der Verfasser dieses in der New-Yorker dermatol. Gesellschaft am 25. Okt. 1886 gehaltetenen Vortrages tritt für den Wert des Arseniks bei der Behandlung von Hautkrankheiten und namentlich bei den mehr superfiziellen Affektionen, besonders solchen der Epidermis, ein.

Der folgende Bericht über die 166. Sitzung der New-Yorker dermatologischen Gesellschaft berührt folgende Themata:

Ein Fall zur Diagnose, von Sherwell. Derselbe begann mit einer Roseola, welcher nach etwa einer Woche eine starke Abschuppung folgte. Zeitweilig intensiver Pruritus, deutliche Drüsenanschwellung. Spezifische Infektion oder Spuren eines spezifischen Geschwürs nicht nachweisbar. An den Stellen der Eruption findet sich eine Pigmentation von undeutlichem Charakter.

Fall von Pemphigus, von Morrow. Die Blasen waren auf den Extremitäten, dem Stamm und Hals verstreut, während das Gesicht völlig frei blieb, und zwar zeigten sie keinen entzündlichen Hof.

Auf das folgende Hauptthema dieser Sitzung: **Über den Wert des Arseniks bei Hautkrankheiten,** und die sich anschliefsende Diskussion wollen wir hier nicht eingehen, da wir voraussichtlich später darauf zurückkommen werden.

Das gleiche gilt von den im folgenden Abschnitte „Korrespondenz" enthaltenen Zuschriften an die Redaktion, welche das gleiche Thema behandeln und mit denen eine instruktive Übersicht der Ansichten von 40 verschiedenen Ärzten, in Tabellenform, verbunden ist.

Leipzig. Th. A. Kirsten.

Verschiedenes.

Einladung und Bitte an die Herren Kollegen und Vorstände aller Krankenabteilungen und -Anstalten zur Mitarbeit an einer Sammelforschung über Syphilis und ihre Behandlungsmethode, von Prof. Köbner in Berlin, als Obmann der Kommission.[1]

Die statistischen Publikationen über Syphilis und ihre Behandlungsmethoden aus den Anstalten oder seitens einzelner Beobachter und die darauf begründeten Schlüsse leiden 1. an der, von der Hospital- und poliklinischen Statistik unzertrennlichen Fehlerquelle einer viel zu kurzen Dauer der Beobachtungen, 2. an grofser Unzulänglichkeit des publizierten Materials auch in qualitativer Hinsicht, indem nur die zur Behandluug gelangten syphilitischen Symptome, aber ohne Rücksichtnahme auf die so verschie-

[1] Nach No. 8 des *Tagblattes der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Wiesbaden 1887.*

denen syphylit. Individuen publiziert werden, obgleich der grofse Einfluß der Individualität auch auf den natürlichen, von keinerlei Therapie beeinflufsten Verlauf der Syphilis anerkannt ist. Durch diese einseitige Beobachtungsweise bleiben zunächst für viele Fragen der speziellen Pathologie und namentlich der Therapie der Syphilis selbst sowie ihrer Beziehungen zu allen andern Krankheiten tausende von Fällen unverwertet. Überdies aber fehlt die genügende Grundlage zu zutreffenden Vergleichen des vielleicht an und für sich sehr verschiedenen Krankenmaterials verschiedener Anstalten oder Autoren hinsichtlich des Heilwertes ihrer verschiedenen therapeutischen Methoden, je nachdem wesentlich mitwirkende andre Krankheiten, wie Skrofulose, Tuberkulose, Malaria, Alkoholismus oder schlechte hygieinische Verhältnisse prozentisch häufig oder nur wenig darunter vertreten sind. —

Durch die Annahme derselben Grundsätze bei der Untersuchung der Syphilitischen, in erster Reihe seitens der Spezialisten selbst, wären nun reichliche pathologische Daten, und infolge der bisher fehlenden Gleichmäfsigkeit der Beobachtungsweise, wirkliche Vergleichbarkeit der therapeut. Resultate zu ermöglichen. Zu diesen Zwecken ist die von allen geschehende methodische Aufzeichnung der greifbarsten individuellen Faktoren, z. B. des Körpergewichtes, der Körpergröfse und der Konstitution, erheblicher anderweitiger Krankheiten, sämtlicher Organbefunde, auch der durch keine gröberen Symptome auffallenden Organe, ferner auch der früheren Infektionen, der Arzneimengen und der Dauer der schon angewandten Kuren nötig, speziell auch, um die Dignität jedes Einzelfalles für die Therapie objektiv wiederzuspiegeln.

Zur Beseitigung der erstgenannten, durch das vorzeitige Verschwinden der Syphiliskranken aus der Beobachtung jeder Anstalt und jedes einzelnen bedingten Fehlerquelle mufs aber zweitens sowohl die Mitarbeit aller andern, in späteren Stadien von ihnen aufgesuchten Krankenabteilungen, als namentlich der Hausärzte erbeten worden, um eine möglichst grofse Zahl langjähriger Beobachtungen Syphilitischer bezüglich ihrer spätern Recidive und ihrer Descendenz zu sammeln.

Die von der Sektion für Dermatologie und Syphilis auf der vorjährigen Naturforscherversammlung zu Berlin gewählte Kommission[2] hat in Zustimmung zu diesen, im vorigen Jahre von dem Obmanne kurz angedeuteten Motiven für die Sammelforschung dessen 2 Tabellen in der nachstehenden Fassung angenommen. In der Haupttabelle I sind alle Individuen sowohl mit acquirierter als hereditärer Syphilis, in die, jene ergänzende Tabelle II nur die Übersicht über die gesamte Familie (Nachkommen) syphilitischer Eltern mit Rücksicht auf deren

[2] Dieselbe besteht aus den Herren Prof. Neumann (Wien), Doutrelepont (Bonn), Pick (Prag), Neisser (Breslau), Lewin und dem Verfasser als Obmann.

Tabelle I.

1. Datum der Notizen	2. Name, Alter, Stand, No. des Kranken	3. Körpergewicht, Größe, Konstituon	4. Anderweitige frühere (wann?) und jetzige Organ- und Allgemeinkrankheiten. Alkoholismus	5.[1] Frühere venerische Infektionen (a. lokale b. allgemeine c. Zeitpunkt derselben d. Behandelt womit?)	6. Tag der jetzigen Infektion	7. Primäraffekt. Zahl, Form und Sitz	8. Übriger Genitalbefund inkl. Uterus, Hoden und Nebenhoden	9. Schon überstandene konstitut. Symptome	10.[2] Graviditäten resp. gezeugte Kinder	11. Erkrankungen der Haut: 1. Syphilitische (a. der Haut, b. der Haare u. Nägel)	11. Erkrankungen der Haut: 2. Nichtsyphil.
				Jetzige Erkrankung		nebst Behandlung					

12. Lymphdrüsen. a. Inguinal { superfic. / profund. b. Mastoid., Cervikal, Occip. c. Submaxill. d. Kubital. e. Axillar- und Pektoraldrüsen	13. Schleimhäute (Nase, Mund, Rachen)	14. Respirations- und Zirkulations-Organe (Kehlkopf, Lunge, Herz, Gefäße)	15. Verdauungsorgane (Zähne, Magen, Darm [inkl. Rektum].) Leber, Milz	16. Nieren (Urin)	17.[1a] Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen	18. Nervensystem (Sehnenreflexe) Sinnesorgane (Auge, Gehör)	19. Therapie	20. Bemerkungen

Journ.-No.

Tabelle II.

Nachkommenschaft (Descendenz) syphilitischer Eltern mit Rücksicht auf deren Behandlung.

Vater	Mutter		Qualität der Früchte		Ihre Krankheiten resp. Tod.		
				Totgeboren	Lebend geboren		
syphilitisch? wann behandelt	syphilitisch? wann behandelt	Zeit der Graviditäten Geburtstage der Kinder	In den folgenden Rubriken sind alle Früchte chronologisch einzutragen	resp. faultot, in welchem Monat? Syphilis? Sektionsbefund?	Syphilitisch 1. bei der Geburt?	Syphilitisch 2. wann n. d. Geburt?	Nicht syphilit. Woran später erkrankt?
			I. vor der Infektion des Vaters oder der Mutter.				
			II. nach der Infektion				
			a. vor der Behandlung des Vaters oder der Mutter				
			b. während				
			c. nach				

Diese Tabelle dient nur zur Feststellung der Anamnese der Familie. Der Status der Eltern wie des Kindes ist in Tabelle I. einzutragen.

Behandlung einzutragen. (Statt der „Namen“ in Kol. 2 der in sämtlichen klinischen Sektionen der diesjährigen Versammlung behufs Ausfüllung verteilten und durch jedes Kommissionsmitglied aus einer gemeinsamen Bezugsquelle gern zu beschaffenden Tabellen schlägt Referent vor, nur die Anfangsbuchstaben des Vor- und Zunamens, das Geschlecht, Tag, Jahr und Ort der Geburt, die Haar- und Hautfarbe der Kranken, sowie oben auf jedem Bogen ihren eignen [der Einsender] Namen und Wohnort anzugeben.) Dieselben Fragen, welche zum Zweck der Zusammenstellung der Einzelergebnisse übersichtlicher nebeneinander gedruckt sind, werden für die Einzelaufnahmen der Kranken unter den Überschriften: Nationale, Anamnese, Status praesens, Therapie und Decursus bequemer untereinander beantwortet. Überdies ist unter „Anamnese“ noch die Frage nach der Infektionsquelle (Konfrontation) und für Fälle von vererbter oder hereditärer Syphilis die Fragengruppe aus Tabelle II aufzunehmen. Doch überläfst die Kommission die Abfassung dieser Einzelformulare, aus welchen die wesentlichsten Rubra in unsre Tabellen zu übertragen sind, jeder Anstalt (je nach ihren Verwaltungsnormen) und jedem Einzelbeobachter selbst. — Für die Ausführbarkeit und die genügende Sicherheit der objektiven Erhebungen empfiehlt Referent in Anstalten Teilung der Arbeit, indem in allen Anstalten für Syphilis sämtliche Kranke durch ophthalmologische, otiatrische, und wo die eignen Hilfskräfte nicht sichere Untersuchungsergebnisse bezüglich der inneren Organe verbürgen, auch durch interne Kollegen ständig mituntersucht werden. Umgekehrt werden allen andern Anstalten und Beobachtern, um deren wertvolle, eine vielseitige Ausbeute verheifsende Mitarbeit die Kommission bittet, behufs Ausfüllung der die Syphilidologie besonders interessierender Momente, die Vertreter der letzteren bereitwillig zur Hand zu sein.

Da von der angestrebten grundsätzlichen Vertiefung der Untersuchung dieser Kranken bezw. ihrer Familien nicht blofs ein Zuwachs unsrer wissenschaftlichen Erkenntnis in mannigfacher hier nicht weiter anszuführender Hinsicht, sondern auch ein therapeutischer Nutzen für die Kranken selbst resultiert, hoffen wir auf zahlreiche Mitwirkung der erfahrenen Herren Kollegen. Zu einem später zu publizierenden Termine wird das bis dahin aufgezeichnete Material von der Kommission erbeten werden.

Anmerkungen zu Tabelle I. [1]Für hereditär Syphilitische wird in Kolumne 5 substituiert: Infektion der Eltern und zwar unter a und b: frühere und jetzige Symptone a. des Vaters, b. der Mutter; unter c. [Zeitpunkt der Infektion] bezügl. des Vaters: Wie lange vor der Zeugung, bezügl. der Mutter: Vor? Während der Gravidität? Die Kolumnen 6—10 bleiben leer.

[1a] In Kol. 17 werden Schädel, Epiphysen und Rippen besonders notiert.

[2] Alle Detail-Angaben über die Vererbung sowohl vom Vater als von Mutter bringe in Tabelle II.

Die jüngst erschienene No. des *Aerztlichen Central-Anzeigers* (Verlag Gebr. Lüdeking, Hamburg, Grimm 12) enthält folgende interessante Artikel An unsere Leser. — Unser Preisauschreiben. — Was ist ein Rezept. — Ärztlicher Fragekasten. — Offene Korrespondenz. — Medizinische Neuigkeiten. — Personalien.

Das Abonnement auf den *Aerztlichen Central-Anzeiger* beträgt pro anno Mk. 6.— und dürfte sich um so eher empfehlen, da die Hälfte des Abonnementsbetrages den Relikten der Herren Ärzte zufällt.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Veiel. *Über die neuere Therapie des Ekzems.* (Württemb. med. Correspond.-Blatt. 1887. No. 25.)

Heller. *Die Histiogenese der elastischen Fasern im Netzknorpel und Ligamentum Nuchae.* Berlin 1887. Inauguraldissertation.

Frenkel. *Die Nerven im Epithel.* (Virchows Archiv. Bd. 109.)

v. Eiselsberg. *Über den Keimgehalt von Seifen und Verbandmaterialien.* (Wiener med. Wochenschr. 1887. No. 19—21.)

Meyer. *Ein Fall von Impftuberkulose infolge ritueller Cirkumcision.* (New Yorker med. Presse. 1887. Juni.)

Roese. *Terpentinöl bei Diphtherie.* (Therap. Monatshefte. 1887. Oktbr.)

Silva Aranjo. *Atlas des maladies de la peau.* Fascicule 1—3. Rio de Janeiro. 1883. Leuzinger & Filhos.

Azevedo Lima. *Relatorio do imperial Hospital dos Lazaros.* Rio de Janeiro 1887.

Schwenninger. *Mittheilungen aus der dermat. Klinik des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin.* Heft 3. Berlin 1887. Fischers med. Buchhandlung.

Wolffhügel. *Über Desinfektion mittels Hitze.* (Gesundheitsingenieur 1887. No. 1.)

Kopp. *Über Syphilis maligna.* (Münchener med. Wochenschr. 1887. No. 43.)

Protze. *Bericht über die in diesem Sommer nach Impfung mit animaler Lymphe aufgetretenen Hautaffektionen.* Elberfeld 1887.

Zur geneigen Beachtung.

Mit dieser Nummer schliefst der VI. Band der *Monatshefte für praktische Dermatologie.* Um keine Störung in der Zusendung der Fortsetzung eintreten zu lassen, ersuchen wir die verehrlichen Abonnenten um rechtzeitige Erneuerung ihrer Abonnements.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. Richter in Hamburg.

Sachregister.

Die römischen Zahlen beziehen sich auf die Ergänzungshefte.[1]

Abort bei Purpura haemorrhagica 178.
Abortivbehandlung von Furunkeln (Heitzmann) 1066. — mit parenchymatösen Injektionen (Bidder) 524. — der Gonorrhöe 145. — des Schankers (Hebra) 35. — durch Excision des Schankers (Bouchet) 935. — der Syphilis (Mannino) 628.
Abscefs der Bartholinischen Drüse (Nivet) 91.
Absorption und Elimination des dem menschlichen Organismus einverleibten Quecksilbers (Welander) 90.
Acarus 125.
Achselhöhle, Hautabscesse d. (Mollière) 584.
Acidum carbolicum s. Karbolsäure.
— chrysophanicum s. Chrysophansäure.
— pyrogallicum s. Pyrogallol.
— salicylicum s. Salicylsäure.
— tannicum s. Tannin.
Addisonsche Krankheit s. Morbus Addisonii.
Adenome der Haut (D'Urso) 185.
Aëro-Urethroskop (Antal) 695.
Äther gegen Pediculi pubis (Thomas) 95.
Äthylamin als Desinfiziens 188.
Ätiologie des Scharlachs (Falkenheim) 817.
Ätiologische Versuche über Syphilisorganismen 92.
Affektionen neurotischen Ursprungs, neue Vorlesungen über kutane (Leloir) 381.
Agenzien, Beeinflussung peripherer Gefäfse durch pharmakologische 214.
Akne vulgaris 680. — Die Behandlung der (Lassar) 223; (Bulkley) 266. — operative Behandlung (Mansurow) 366. — Ichthyolseife bei 175. — Ichthyol innerlich 176. — rosacea, Ichthyolseife bei 175.
Aktinomykosis hominis (Schirmer) 134. — der Haut beim Menschen und bei einigen Tieren (Majocchi) 1050. — der menschlichen Haut 331.
Albuminurie, Bemerkungen über syphilitische (Horteloup) 184. — nach Pemphigus (Sabin) 568.
Alimentation und Medikation per Rectum bei Hautkrankheiten (Shoemaker) 1073.
Alkannawurzel 48.
Allgemeine Alopecie nach Keratosis pilaris 230.
Allgemeine Chromophytosis (Jackson) 535.
Allmähliche Erweiterung einer Harnröhrenstriktur gefolgt von Abscessen an den Extremitäten (Bryant) 674.

[1] Zum Jahrgang 1887 erschienen 3 Ergänzungshefte.

Alopecia areata 70. 105. — Ätiologie (Bender) 71. — Ätiologie und Symptomatologie (Schütz) 97. — parasitäre Natur (Malassez, Buchner, Eichhorst, Sehlen) 97. — experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie (Mibelli) 629. 726. — Fall von (Leo) 1119. — nicht parasitäre Natur (Pincus, Michelson, Bordoni-Uffreduzzi, Bizzozero, Joseph, Bender) 72. 98. — Resorcin bei 67. — Veränderungen der Haare bei (Behrend) 130. 1101. — verschiedenartige Natur der 71. — Sporen und Mycelfäden bei (Schütz) 102. — Über die klinischen Grenzen der (Behrend) 315.
— neurotica, Fall von (Schütz) 296.
— totalis persistens, vier Fälle von 220.
Alopecie, allgemeine, nach Keratosis pilaris (Fox) 230.
— pseudotondente (Lailler) 99.
Alterationen des Sympathicus in einem Falle von Pemphigus (Stefanini) 1052.
Amaurosis hysterica 145.
Amblyopie während der kondylomatösen Periode der Syphilis, über (Tomaschevski) 855.
Amenorrhöe, Dermatitis multiformis und Septikämie, verursacht durch (Kess) 326.
Ammenbesichtigung bezüglich der Syphilis, über die (Rasumow) 851.
Ammoniak als Desinfiziens 188.
Ammoniakfermentation des Urins 186.
Ammonium sulfoichthyolicum s. Ichthyol.
Amöben in der Lymphe (van der Loeff) 192. — oder Proteiden bei Variola vera (van der Loeff) 447.
Anästhetische Lepra. Über die bei der — — im Rückenmarke vorkommenden Bacillen (Chassiotis) 1039.
Anästhesie der Haut infolge Quecksilbervergiftung (Freney) 577.
Anästhetika, lokale: Kokain 181. 187; Koffein benz. 187; Drumine 676.
Analgeschwüre, Pathologie und Therapie der venerischen und syphilitischen (Andronico) 769.
Analgesie der Harnwege, über einen Fall merkwürdiger (Schäfer) 1060.
Anatomischer Befund in einem Falle von Erythema nodosum am Larynx, an der Trachea und am Hoden (Breda) 1051.
Aneurysmen der Hirnarterien auf syphilitischer Basis (Spillmann) 381.
Angiome, Behandlung von (Campana) 430. — oberflächliche, als Ursache der Entwickelungsstörung des Skeletts (Duzeu) 759.
Anilinfarbstoffe auf dem Gewebe, Erzeugung von (Unna) 63.
Anus, Ekzem des (Vidal) 581.
Anormale Formen und Behandlung des Erysipels (Polotebnoff) 42.
Ansteckungsform der Gonorrhöe, eine in ihrer Art einzige (Horand) 88.
Antibakterielle Wirkung des Jodoforms, zur Kenntnis der (Neisser) 1120.
Antiblenorrhagicum, Ol. Santali als 32.
Antifungin als Antisepticum (Oppermann) 1024.
Antipyrinbehandlung, ein eigentümlicher Fall von Dermatitis, hervorgerufen durch (Spitz) 972.
Antiseptische Einspritzungen bei Gonorrhöe 538.
Anwendung des Haarseils in der Medizin 521. — des Hydrargyrum carbolicum oxydat. bei Syphilis (innerlich) 195. — des Merkurs bei Syphilis (Milner) 675.
Aphanepteren (Carpot) 125.
Aplasia pilorum intermittens (Lesser) 1099.
Apparat für akute und subakute Urethritis, einfacher (Finger) 171. — zu medizinischen Beleuchtungszwecken, ein neuer elektrischer, insbesondere zur bequemen Erhellung des endoskopischen Gesichtsfeldes (Schütz) 899. — photographischer (Piffard) 230.
Araroba bei Psoriasis 43.
Area Celsi s. Alopecia areata.
— maligna (Mansurow) 366.
— und der Schulbesuch (Ollivier) 385.
Areaförmige progressive Atrophie der Haarbälge (Tullio) 769.
Argent. nitric. zur Verhütung der Gonorrhöe 231.
Arsenik bei Hautkrankheiten, über den Wert des (Fox) 570. — Herpes

zoster, Eruption während des Gebrauchs von (Bürger) 576. — in der Dermatotherapie, Anwendung des 577. — bei Hautkrankheiten, zweckmäfsige Anwendung des (Keyes) 578. — bei Hautkrankheiten, Frage nach dem Wert des (Hardaway) 578. — in der Behandlung der Hautkrankheiten, über den Wert des (Taylor) 1131. — Behandlung der Mykosis fungoides mit 27.
Arsenikausschlag (Morrow) 570. 572.
Arsenexanthem (Leontowitsch) 588.
Ascaris 1094.
— mystax 161.
Ascites unter dem Einflufs des Erysipels, Schwinden des 43.
Atrophie der Haarbälge, areaförmige, progressive (Tullio) 769. — narbige, nach Xeroderma 181. — idiopathische (Pospelow) 183. 585. — lineare, der Haut (Laveruhe) 560.
Atropin als Ursache des Herpes 137.
Auge, Beitrag zum Studium der hereditären Syphilis des (Trousseau) 383. — Dermatosen des (Allen) 568. 572. — Syphilisinfektion infolge von Auslecken der (Tepljaschin) 770. — Syphilitisches Geschwür am inneren Winkel des rechten (Falcone) 813. — Statistische Untersuchungen über Syphilis des (Lévallé) 565.
Ausgang der Hirnzufälle bei Syphilis, über den (Gaudichier) 1000.
Auslecken der Augen, Syphilisinfektion infolge von (Tepljaschin) 770.
Aussalzen der Farbstoffe *E.-H.* I. 22.
Ausschläge, scharlachähnliche, nach Verletzungen und Operationen (Atkinson) 1123. — Verhältnis zwischen der durch äufsere Applikation und interne Hg-Aufnahme entstandenen (Lesser) 1098. — Rupia als erster allgemeiner syphilitischer (Sevecke) 41.
Ausspülungen bei Entzündungen der Harnröhre (Subbotin) 724.

Bacillen s. Bakterien.
Bäder, kalte, bei Gesichtserysipel (Ducher) 759.
Bakterien bei Alopecia areata 72. — bei Blattern 286. — beim Cochinchinageschwür 139. — bei Erysipel 173. — bei Gonorrhöe 145. 186. — bei Herpes circinatus 138. — bei Herpes tonsurans 101. 138. — bei Impetigo 39. — bei breiten Kondylomen 118. — bei Orientbeule 173. — bei Phlegmonen 173. — bei Psoriasis 61. — bei Pockenpusteln 190. 859. — bei Sykosis 138. — im Smegma 118. — bei Syphilis 92. 285. 371. 626. — bei Syph. hereditaria 371. — bei Tiersyphilis 1101. — bei Tuberkulose 118. — bei Varicellen 522. — bei Warzen 183.
Bakterium termo 187.
— typhi abdominalis 187.
Balanthidium coli 161.
Balggeschwülste der Kopfschwarte, Exstirpation der (Championnière) 940.
Bartholinische Drüse, Abscefs der (Nivet) 91.
Bedeutung der Syphilis für Schwangerschaft und Geburt (Gröninger) 807.
Beeinflussung der peripheren Gefäfse durch pharmakologische Agenzien (Thomson) 214.
Beethaare 144.
Befund ausgedehnter tuberkulöser Ulceration in der Vulva und Vagina (Chiari) 324.
Begrenzung des kontagiösen Stadiums der Syphilis, besonders in seinen Beziehungen zur Ehe (Otis) 225. 422.
Behandlung der Furunkel (Hardy) 231. — des chronischen Trippers (Planner) 255. — des Lupus vulg. (Havas) 278. — des Erysipels (Faludi) 279.
Belladonna als Ursache des Herpes 137.
Bemerkungen über einen Fall von Lichen scrophulosus (Gottheil) 530. — über Medikamente (Piffard) 1122. — über das Wesen des Herpes zoster (Tommasoli) 288. — über subkutane und intramuskuläre Injektionen von Jodpräparaten bei Syphilis (Schadek) 289.
Béniqué-Sonde, die (Feibes) 974.
Benzoyl-Ecgonin 478.

Beobachtungen über die Pigmentgenesis bei Morbus Addisonii (Gabbi) 287.
Beschneidungssyphilis, über (Lewentaner) 904.
Besondere Verfärbung der Haut bei vorhandener Lebercirrhose (Taylor) 535.
Bethazia haematobia als Ursache der Hämatochylurie 122.
Beziehungen zwischen englischer Krankheit und hereditärer Syphilis (Gaillard) 539. — der Gonorrhöe zu den Generationsvorgängen, über die (Kroner) 1111. — der normalen Histologie der Haut zum Studium der elementaren Läsionen der Haut (Leloir) 1052. — der Syphilis zur Tabes dorsalis, über die (Andronico) 814; (Neumann) 1122.
Biesfliege 159. 164. 1094.
Bilharz Nematodes 122.
Biologie des Favus, zur (Boer) 809.
Biskrabeule (Vidal) 581.
Blase, über zeitweilige Überanstrengung der —, als Ursache lokaler Atonie und chron. Retention des Urins (Otis) 1014.
Blasenkatarrh, interne Therapie, des chron. im Vergleich zur externen (Pauli) 224.
Blasentumoren, Symptome und Diagnostik der (Nitze) 1106.
Blattern, Heilwert des Xylol bei (Ötvös) 377. — Mikroparasiten bei (Marotta) 286.
Blenorrhöa neonatorum, zur Statistik der (Csapodi) 283.
Blenorrhagie der Harnröhre s. Gonorrhöe.
Blumenkohlgewächs s. Warzen.
Blutungen bei Myxödem, Neigung zu (Shelswell) 677. — bei Purpura 178. — Behandlung mit dem faradischen Strom 179.
Brand der Haut in späteren Stadien der Syphilis, Geschwüre durch spontanen (Klotz) 927.
Brandwunden, Karbol-Glyceringelatine bei 1017.
Braune Hautverfärbung infolge von Schwefeldämpfen, beseitigt durch Wasserstoffsuperoxyd (Preble) 573.
Breite Kondylome, Bacillen bei (Bitter) 118.
Brennnesselstiche (Haberlandt) 335.
Bromexanthem (Brocq) 384.
Bromide und Jodide. Können — von der Schleimhaut des Magens zerlegt werden? (Külz) 1067.
Bronchocele durch glandula thyreoidea 179.
Bronzekrankheit s. Morbus Addisonii.
Brust, Syphilis der (Claude) 1001.
Bubonen mit Jodoltampons behandelt 132. — mit Karbolwasser-Ausspülungen 134. — mit türkischem Schwamm 37. — vereiternde Schanker— 133.
Bullöses Exanthem nach Jodkali (Hyde) 1129. — Form des Jodexanthems (Morrow) 420. 531.
Läsionen bei Pityriasis rubra 117.

Calliphora 56. 57. 58. — infesta (Philippi) 115. — anthropophaga (Cornil) 115.
Calositas s. Tylosis.
Cassia allata bei Herpes parasitaris 137.
Caustica bei Lupus 181. — bei Initialaffektionen 187. — bei Geschwüren 187.
Cerebrospinalmeningitis bei Hysterie 143.
Cheiro-Pompholyx s. Dysidrosis.
Chininexantheme, Beitrag zum Studium der (Lavassar) 570.
Chininwirkung auf die Haut, seltene (Wilkinson) 133.
Chirurgische Behandlung gewisser Hautkrankheiten (Fox) 1064.
Chloralhydrat-Erythem (Barbillion) 941.
Chloroformprobe 102.
Chlorzinkätzung bei malignen Neubildungen (Steinthal) 1110.
Chorea dimidiata und Urticaria unilateralis nach Gelenkrheumatismus (Róna) 283.
Chromophytosis, allgemeine (Jackson) 535.
Chrysarobinconjunctivitis 121.
— traumaticin bei Melanodermen 86.
Chrysophansäure bei Psoriasis 137. 538.
Circinäres Exanthem, Purpura mit (Stelwagon) 887.
Circinäre Zungeneruption (Kinnier) 669.

Cocain s. Kokain.
Coccen s. Bakterien.
Coccidium oviforme 161.
Cochinchinageschwür, Beiträge zum Studium des (Houen) 139.
Coffeinum benzoicum, Schmerzstillung durch 187.
Compsomyia macellaria 115.
Conjunctivitis nach Chrysarobin 121.
Conjunctiva, Pemphigus der (Somogyi) 284. — syphilitisches Geschwür an der (Ottava) 284.
Contributo allo studio delle ghiandole cutanee e dei follicoli piliferi (Veraglia e Conti) 720.
Corpora pituitaria 180.
Cousins als Ursachen phagedänischer Geschwüre (Carpot) 124.
Craw-Craw 123.
Cuterebra noxealis auf der Haut des Menschen (Carpot) 124.
Cystische Degeneration der Glandula pinealis nach Morbus Addisonii 179.
Cysticercus telae 161.

Dasselbeule 117. 159. — Prognose der 170. — Beschreibung der 168. — Exploration der 161.
Demodex bei Haustieren 1090.
Depilationsmethoden, über die galvano-chirurg. (Michelson) 482.
Dermaktinomykosis (Majocchi) 1050.
Dermanyssus avium 1093.
Dermatitis, hervorgerufen durch Antipyrinbehandlung, ein eigentümlicher Fall von (Spitz) 972.
— acuta, bewirkt durch Anwendung von unreinem Lanolin (Meyer) 615.
— congelationis (Mansurow) 366.
— diffusa nach Jodgebrauch (Haslund) 475.
— exfoliativa, allgemeine erythematöse 40.
— exfoliativa s. Pityriasis rubra.
— herpetiformis (Bulkley) 230. — Diagnose der 886. — und Hydroa bulleux, Beitrag zur Kenntnis der (Taylor) 424. 429. — als selbständige Krankheit, über das Bestehen der (Bulkley) 425. — pustulöse Form von (Duhring) 670. — zwei Fälle von typischer (Duhring) 671.
Dermatitis multiformis und Septikämie durch Amenorrhöe verursacht (Kerr) 326. — scharlachartige, nach Chinin 133.
— venenata (White) 791.
Dermatobia noxealis auf der Haut des Menschen 124.
Dermatocoptesräude 1087.
Dermatographische Farbstifte (Lassar) 1100.
Dermatologie in Rufsland, gegenw. Stand der 42.
Dermatologisches Instrumentariumverzeichnis 188.
Dermatophagusräude 1088.
Dermatophyten 68.
Dermatosen, professionelle (Gibout) 87. — Klassifikation der (Bronson) 886. — Pathogenese der (Brocq) 537. — des Auges (Allen) 568. 572.
Desinfektionsmittel, Versuche über, angestellt nach den neuen Methoden (Blyth) 187.
Desodorans für Jodoform, ein sehr intensives 1024.
Desodorisation des Jodoforms 35.
Diät, Einfluſs der, auf die Entstehung und Behandlung der Hautkrankheiten (White) 885.
Diagnose und Behandlung spasmodischer Strikturen, einige Bemerkungen über (White) 566. — der Dermatitis herpetiformis (Duhring) 886. — ein Fall zur (Sherwell) 1131. — der Pocken (Morrow) 227.
Diagnostik der venerischen Schanker (Thiéry) 330.
Diaphotoskop (Schütz) 899.
Dilatation und Erschlaffung der weiblichen Harnröhre zur operativen Behandlung (Engström) 1059.
Dilatator urethrae (Planner) 261.
Diphtheritische Membranen, Behandlung mit Hg-bijodat. 178.
— Schanker (Taylor) 1129.
Diplokokken s. Bakterien.
Distoma hepaticum 161.
— lanceolatum 161.
— haematobium 122.
Doppelkomedo, ergänzende Mitteilung über den (Ohmann-Dumesnil) 571.
Doppelsalzbildung *E.-H.* I. 22.
Drüse, Abscefs der Bartholinischen (Nivet) 91.
Drug Eruptions (Morrow) 91.

Drumine, ein lokales Anästhetikum (Reid) 676.
Dualität und Unität in der Syphilis, historisch betrachtet 276.
Dysenteria mercurialis, die Heilung der sogenannten (Ziemssen) 975.
Dysidrosis (Jackson) 126. — Histologie der (Crocker) 128. — chronica des Gesichtes, ein Fall von (Rosenthal) 615.

Ehrlichs Hüllentheorie *E.-H.* I. 63.
Eidotter als Verbandmittel, die Anwendung des empyreumatischen Öles des (Oger) 1126.
Eigentümliche symmetrische Erkrankung der Hände und Füfse, 3 Fälle einer (Hyde) 884.
Eigentümlichkeiten der Varicellen, einige (Comby) 939.
Eingewachsener Nagel s. Nagel.
Einflufs des Erysipels auf Lupus (Winternitz) 766. — der Syphilis hereditärer (Lancry) 90.
Einschlufskitt für mikroskopische Präparate (Krönig) 47.
Einschnitt, Behandlung des Nagelgeschwürs ohne (Bulkley) 1065.
Einspritzung bei Tripper 321. — antiseptische 538.
Eisensulfat als Desinfiziens 188.
Ekzema 679.
— vesiculosum 127. — hartnäckiges, des Nasenrückens (Klamann) 413. — bei der Gicht (Brocq) 538. — der Nase und chronisches Ödem der Lider (Verité) 580. — des Anus (Vidal) 581. — seborrhoisches (Unna) 827. — als Resultat von Störungen im Nervensystem (Nikolski) 853. — und seine Behandlung mit Mineralwässern (Descays) 935. — zur Behandlung des Jodoform— (Wiederhold) 973. — und seine Behandlung (Winfield) 1016; (Dubois) 85; (Letzel) 222. — solare chronicum (Veiel) 1100. — Ichthyol innerlich bei (Zeissler) 175. — Resorcin bei (Chase) 173.
Elastische Fasern über die Unnasche Färbungsmethode der (Taenzer) 397.
Elastisches Gewebe der Haut, zur Kenntnis des (Unna) *E.-H.* I. 51. — Physiologie des *E.-H.* I. 59
Elastisches Netz, subepitheliales Unn. *E.-H.* I. 55.
Elektrische Lampe zur Hautuntersuchung (Piffard) 430.
Elektrolyse zur Entfernung von Haaren (Startin) 181. — in der Medizin und Chirurgie (Hardaway) 252 — Entfernung überflüssiger Haare durch (Smith) 625. — Behandlung der Keloide mittels (Brocq) 942.
— bei Hypertrichosis (Brocq) 84.
Elephantiasis, Verwechslung mit Hypertrophie der Nymphen 175. — der grofsen Schamlippen 665. — operative Behandlung (Helferich) 110.
— Arabum bei Kindern, Beitrag zum Studium der (Moncorvo) 623. 761.
— an den äufseren Genitalien einer Negerin (Morley und Morison) 672.
— dos Arabes, caso rare de (Ribeiro 1012.
— verrucosa (Antal) 666.
Elephantiastischer Lupus, Beitrag zum Studium des (Coeules) 997
Emplastrum de Vigo bei Keloid 39.
Empyreumatisches Öl des Eidotters als Verbandmittel, Anwendung des (Oger) 1126.
Endoskope, gläserne (Unna) 410.
Endoskopie der Urethra, zur (Posner 526.
Endoskopisches Gesichtsfeld, neuer elektrischer Apparat zur bequemen Erleuchtung des (Schütz) 899.
Englische Krankheit und hereditäre Syphilis, Beziehungen zwischen (Gaillard) 539.
Entfernung überflüssiger Haare durch Elektrolyse (Smith) 625.
Entozoen im Blut 123.
Entwickelungsstörung des Skelettes, oberflächliche Angiome als (Duzeu 759.
Entzündungen der Harnröhre durch Ausspülungen, die Behandlung der (Subbotin) 724.
— der Haarfollikel in der Nase (Hardaway) 1130.
Enuresis nocturna, Rhus aromatica gegen (Unna) 45.
Epheliden (Thibierge) 1003.
Epidermishyperplasie bei warziger Psoriasis 8.
Epididymitis, Suspensorium bei 157.

Epididymitis und Orchitis, Massage bei traumatischer (Kurdjumow) 725.
Epilation bei Favus, Herpes tonsurans 71.
Epileptiker, Hautstriemen bei (Arnold) 940.
Epitheliale Hypertrophie bei Xeroderma 182.
Epitheliom auf psoriatischer Basis (Hebra) 1. — Behandlung superfizieller (Brocq) 1126. — Differentialdiagnose mit Warzen 183. — der Haut, Behandlung des (Reclus) 584. — mit Resorcin (Jaja) 627. — des Gesichts bei einem 23jährigen Manne (Róna) 377. — gelapptes 182. — Lupus kompliziert mit (Bidault) 1053. — verruköses 182.
Epithelialtumoren bei Xeroderma 181.
Erbsyphilis s. Syphilis hereditaria.
Erfahrungen über Salol (Feilchenfeld) 414.
Erkrankung der Hände und Füfse, 3 Fälle einer eigentümlichen symmetrischen (Hyde) 884.
Erkältungskrankheiten, die Haut als Vermittler der (Lier) 729. 773.
Erschlaffung der weiblichen Harnröhre, zur operativen Behandlung der Dilatation und (Engström) 1059.
Erysipel, ätiologisches Verhalten zur Phlegmone (Hajek) 173. — Kokken bei 173. — bei Pleuritis 173. — Behandlung und anormale Formen (Polotebnoff) 42. — Schwinden des Ascites unter dem Einfluſs des (Trunkovski) 43. — über (Gerhard) 224. — Behandlung (Faludi) 279. — neue Methode zur Behandlung (Amicis) 632. — recidivierendes (Hutchinson) 379. — über den Gang der Temperatur bei (Marcus) 758. — des Gesichts, kalte Bäder bei (Ducher) 759. — Pathologie und pathologische Anatomie (Denucé) 760. — Einfluſs auf Lupus (Winternitz) 766. — der Säuglinge (Atkinson) 884. — während der Schwangerschaft und sein Einfluſs auf die Frucht (Duchein) 966.
Erythanthema syphiliticum (Bronson) 132. 1123.
Erytheme, zur Lehre von den (Polotebnoff) *E.-H.* II.
Erythema circinatum parasitarium 138. — durch Chloralhydrat (Barbillion) 941.
— exsudativum multiforme mit Beteiligung der Mund- und Rachenschleimhaut, ein Fall von 25.
— multiforme bullosum, akuter Gelenkrheumatismus mit 180.
— nodosum eine örtliche Krankheit? (Veeden) 174. — Demonstration eines Falles von (Pick) 376. — und Rheumatismus (Patteson) 378. — am Larynx, Trachea und Hoden, anatomischer Befund (Breda) 1051.
— papulatum 180.
— polymorphum, dessen Natur und spezifische Behandlung (Villemin) 626.
— venenatum, Fall von (Putnam) 534.
Erzeugung von Vesuvin im Gewebe und über Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel (Unna) 62.
Esthiomène der Vulva, über einige nicht veröffentlichte Fälle von (Nourry) 565.
Exanthem bei gastrischem Fieber (Herbland-Morins) 86.
— nach Jodkalium, bullöses (Hyde) 1129.
— Purpura mit circinärem (Stelwagon) 887.
Excision der Initialsklerose und über die Quellen der Syphilisverbreitung (Tarnowski) 757. — des Schankers, abortive Behandlung der Syphilis durch (Bouchet) 935.
Excoriationes narium (Schmiegelow) 576.
Exfoliative Dermatitis s. Pityriasis rubra.
Experimentelle Beiträge zur Lehre der Beziehungen des Nervensystems zu den krankhaften Veränderungen der Haut (Babes) 279. — Studien zur Pathologie und Therapie der Gonorrhöe (Caspar) 319. — Untersuchungen über die Ätiologie der Alopecia areata (Mibelli) 629. 726.
Exstirpation der Balggeschwülste der Kopfhaut (Championnière) 941.

Fadenwurm s. Filaria.
Färbetechnik, zur (Kühne) 333.

Färbung, chemische Theorie der (Unna) *E.-H.* I. 33.
— der Syphilis- und Smegmabacillen (Bitter) 118.
Färbungsmethode der elastischen Fasern, über die Unnasche (Taenzer) 397.
— für Gonokokken (Wendt) 672.
Faradisation bei Blutungen 179.
Farbstifte, dermatographische (Lassar) 1100.
Farbstoffe, Aussalzen der *E.-H.* I. 21. — die Doppelsalzbildung der *E.-H.* I. 21.
Fauces, syphilitische Initialaffektion der 476.
Favus mit Bemerkungen über die Behandlung der Tinea, Fall von (Morrow) 1127. — Demonstration eines Falles von (Rosenthal) 856. — Resorcin bei 67. — Therapie des 71. — über (Quinke) 981. — zur Biologie des (Boer) 809. — Demonstration von Kranken (Pick) 373.
Feigwarze oder Blumenkohlgewächs 183.
Felis concolor 159.
Fermentartige Reaktionen, Quellung als Ursache der (Meusel) 46.
Fibroma cutis (Mansurow) 365.
Fieber, Exanthem bei gastrischem (Herbland-Morins) 86.
Filaria sanguinis (Girand) 122. — bei Elephantiasis 123.
— medinensis (Carpot) 125.
— Descripsão de una especie de (Magalhães) 1012.
Findelhäuser in Petersburg und Moskau, Thätigkeit der (Michailow) 855.
Fleckenaffektion der Zunge, zur Kasuistik der (Winternitz) 895.
Fleischwarzen s. Warzen.
Fluorescinpräparate, Herstellung verschiedener (Kühne) 521.
Fossa nasalis, Studie über die primären malignen Tumoren der (Claverie) 562.
Foudroyante, spontane Gangrän der männlichen Genitalien (Bonnière) 763.
Framboesia, Fall von (Lassar) 1119.
Frühzeitige Gummata (Taylor) 1124.
— Syphilis des Rektums (Jean) 1113.
Fufsgeschwüre durch Sandflöhe 139.
Furunkel, Abortivbehandlung der (Heitzmann) 1066. — mit parenchymatösen Injektionen (Bidder 524. — Behandlung (Hardy) 231.
— Impetigo und Sykosis, über die Ätiologie und Therapie des (Beckhart) 450.

Galvanochirurgische Depilationsmethoden (Michelson) 482.
Gangrän der männlichen Genitalien. Beitrag zum Studium der sogen. foudroyanten spontanen (Bonnière 763. — durch Sandflöhe 139. — durch Fliegenlarven 113. — beim Typhus, trockene (Briquemare 936.
Gastrisches Fieber, Exanthem bei (Herbland-Morins) 86.
— Syphilis (Gaillard) 538.
Gefäfsparalyse bei Urticaria *E.-H.* I. 27.
Gelenkentzündung beim akuten Stadium der Urethritis, tödlich endender Fall von (Wyschemirski 41.
Gelenkrheumatismus, Ichthyol bei 220. — Urticaria unilateralis und Chorea dimidiata nach (Rôna) 283. — Zustand der Hautempfindlichkeit beim (Barbillion) 940.
Generalisierte Vaccine, Fall von (Kalischer) 1120.
Generationsvorgänge, über die Beziehungen der Gonorrhöe zu den (Kroner) 1111.
Genitalapparat, über Tuberkulose des männlichen (Simmonds) 219.
Genitalien, foudroyante spontane Gangrän der männlichen (Bonnière 763. — Tuberkulose der Haut und der äufseren (Campana) 1049.
Gerstenwasser beim innerlichen Gebrauch von Ol. terebinth. 176.
Geschwür an der Conjunctiva, syphilitisches (Ottava) 284.
— perforierendes (Atkin) 81.
— phagedänisches s. phagedänisches Geschwür.
— syphilitisches s. syphilitisches Geschwür.
Geschwüre, welche in späteren Stadien der Syphilis durch spontanen Brand der Haut entstehen und ihre Beziehungen zur Syphilis (Klotz) 927.

Geschwürsbildung s. Ulceration.
Geschwulstbildung, Fall von Naevus congenitus mit exzessiver (Planner) 810.
Gesicht, wucherndes Syphiloderma des (Allen) 536.
Gesichtserysipel, Kalte Bäder bei (Ducher) 759.
Getreidemilben, Hauterkrankungen durch (Koller) 282.
Gewebe, elastisches s. elastisches Gewebe.
Gewebekatheter und -bougies, deutsche elastische (Zeller) 320.
Gewebsveränderungen bei subkutanen Kalomelinjektionen (Chotzen) 1101.
Ghiandole cutanee e dei follicoli piliferi, contributo allo studio delle (Veraglia e Conti) 720.
Gicht, Ekzem bei der (Brocq) 538.
Gichtkranke, Hautkrankheiten bei (Corlett) 622.
Gläserne Endoskope (Unna) 410.
Glandula pinealis, cystische Degeneration nach Morbus Addisonii (Selcock) 179.
— thyreoidea bei Myxödem 129.
Glöafärbung der Lepramikrobien *E.-H.* I. 53.
Glossitis gummosa 186.
Glossopathologie, Beiträge zur (Schwimmer) 325.
Glyceringelatine bei Brandwunden, karbolisierte 1067.
Gonokokken 145. — neue Färbungsmethode (Roux) 672. — Impfungen mit 152. — Ausbreitung und Teilung 147.
Gonorrhöe, eine in ihrer Art einzige Ansteckungsform der (Horand) 88. Verhütung der 231. — Fluidextrakt von Stigmata Maidis im akuten Stadium der (Stuver) 232. — zur Behandlung der chronischen (Planner) 255. — über die Pathologie und Therapie der (Renshaw) 270. — experimentelle Studien zur Pathologie und Therapie der (Caspar) 319. — Salol bei 321. — Behandlung mit antiseptischen Einspritzungen (Bourgeois) 538. — urethrale Injektionen bei (Aubert) 570. — Bougiebehandlung der (Bedoin) 581. — Behandlung mit Jodoformölinjektionen (Thiéry) 582. — Sebastianus Petritius über (Glück) 641. — Salbensonde bei Behandlung der chronischen (Unna) 721. — Tod an (Post) 767. — Heilung der akuten, ohne Komplikation; Gebrauch des Jodoforms (Falcone) 813. — über Mischinfektion bei (Bockhart) 863. — über chronische und latente beim weiblichen Geschlecht (Nöggerath) 919. — über Veränderungen der Vaginalschleimhaut von an chronischer — leidenden Prostituierten (Oberländer) 921. — die Beziehungen zu den Generationsvorgängen (Kroner) 1111. — Zur Frage der abortiven Behandlung der (Welander) 145. — Apparat zur Behandlung der 171. — beim Manne, Mikroparasiten der 186. — Natrium salicylicum innerlich gegen (Awsitidiski) 41.
Gonorrhoische Infektion beim Weibe, über den Sitz der (Steinschneider) 527. — Mischinfektionen beim Weibe (Bumm) 1111.
Guelph, Milzbrandepidemie zu (Atkins) 1064.
Gummata des Penis, Beitrag zum Studium der (Brégeal) 999. — frühzeitige (Taylor) 1124. — mit Jodol behandelt 132. — der Nase, syphilitische (Scarenzio) 1050.
Gummihandschuh bei Tylosis 34.
Gusanera 116.

Haar, Praktische Abhandlung über die Krankheiten des, und der Kopfhaut (Jackson) 1002.
Haarbälge, areaförmige progressive Atrophie der (Tullio) 769.
Haare bei der Alopecia areata, über die Veränderungen der (Behrend) 130. 1101.
— Elektrolyse zur Entfernung von (Startini) 181; (Smith) 625; (Hardaway) 232; (Brocq) 84.
Haarfollikel in der Nase, Entzündung der (Hardaway) 1130.
Haarseil in der Medizin, Anwendung des (Stocquart) 521.
Hämatochylurie durch Bethazia haematobia 122.

Hämatohidrosis und ihre Beziehungen zur Menstruation (Mangon) 86.
Hämatopinus 1092.
Hämaturie bei Purpura 83. — durch Distoma haematobium 122. — durch Nematodes Bilharz 122. — nach innerlichem Gebrauch von Terpentinöl 176.
Hämoglobinurie und Syphilis (Murry) 91.
Hämorrhagische Syphilis s. Syphilis haemorrhagica.
Hamamelis bei Purpura 83.
— virginica bei Tonsillenkrebs 177. — bei Prostatitis 177.
Handbuch der venerischen und syphilitischen Krankheiten, praktisches (Breda) 1055.
Harlequin-Fötus oder Seborrhoea generalis (Sutton) 614.
Harnblase, Polypen der (Grünfeld) 121. — Ausspülung bei Prostatitis 177. — physikalische Untersuchungsmethoden der männlichen (Nitze) 416.
Harnröhrenendoskope mit einer Modifikation (Meyer) 75.
Harnröhrenschleimhaut, Papillomatöse Entzündung der männlichen (Oberländer) 921.
Harnröhrenstrikturen, Beitrag zur Behandlung der 973. — eine seltene Form von Septikämie nach der Operation der (Taylor) 1021.
Harnröhrentripper s. Gonorrhöe.
Harnwege, über einen Fall merkwürdiger Analgesie d. (Schäfer) 1060.
Hartnäckiges Ekzem des Nasenrückens Klamann) 413.
Haustiere, über Hautkrankheiten der (Müller) 1025. 1078.
Haut, Adenome der 185. — entzündliche und neoplastische Veränderungen der (Giovannini) 93. — Myome der Babes) 282. — Fall von interessanter Neubildung der (Dunn) 485. — Fall von multiplem Myom der (Hardaway) 488. — besondere Verfärbung der, bei vorhandener Lebercirrhose (Taylor) 535. — — Beitrag zum Studium der linearen Atrophie der (Laveruhe) 560. — Behandlung von Pigmentflecken der 576. — Tuberkulose der (Havas) 666. — als Vermittler der Erkältungskrankheiten (Lier) 729. 775. — die Beziehungen der normalen Histologie der, zum Studium der elementaren Läsionen der Leloir 1052. — eine neue Methode zur Behandlung der Pilzkrankheiten der (Reynolds) 945. — die elementaren Läsionen der (Leloir) 964. — ein in seiner Art einziger Fall fortschreitender Melanosis der (Robinson) 932. — Salz in der Hygiene der (Piffard) 887. — zur Kenntnis des elastischen Gewebes der (Unna *E.-H.* I. 51. — und Schleimhaut, über Lichen ruber der (Bender 1056. — der äußeren Genitalien, über Tuberkulose der (Campana 1049. — Aktinomykose der, beim Menschen und bei einigen Tieren (Majocchi) 1050.
Hautabscesse der Achselhöhle (Molière) 584.
Hautaffektionen bei Malaria (Retiwzew) 587.
Hautaktinomykose, klinische und mikroskopische Beobachtungen über einen seltenen Fall von menschlicher (Majocchi) 331. 1050.
Hautatrophie s. Atrophie.
Hautausbrüche auf einer Hälfte des Körpers, Fall von konstitutioneller Syphilis mit (Falcone) 812.
Hautelemente bei Entzündungen und Neubildungen, Lebensthätigkeit der (Giovanni) 285.
Hautempfindlichkeit beim Gelenkrheumatismus, Zustand der (Barbillion) 940.
Hautepitheliome, Behandlung der (Reclus) 584. — Heilung mit Resorcin (Jaja) 627.
Hauterkrankung nach einem Trauma, diffuse, der Sklerodermie ähnliche (Touton) 1098. — Vorstellung eines Falles einer noch nicht beschriebenen (Behrend) 857. — bei Haustieren (Müller) 1025. 1078. — durch Larven einer Getreidemilbengattung (Koller) 282.
Hautflecke (Hutchinson) 379. 929
Hautfirnisse im allgemeinen (Unna
Hautgangrän, zur Pathogenese der akuten multiplen (Demme) 1107.
Hauthörner u. Talgdrüsen (Sutton) 613.
Hautklemmen, über (Unna) 359.

Hautkrankheit, eine unangenehme (Sherburne) 572.

Hautkrankheiten, Alimentation und Medikation per rectum bei (Shoemaker) 1073. — chirurgische Behandlung gewisser (Fox) 1064. — die schwefelhaltigen Mineralwässer in der Behandlung der 432. — mechan. Behandlung der (Rosenthal) 483. — Salz in der Therapie (Piffard) 887. — Beitrag zum Studium der vom Rückenmark ausgehenden, welche von peripheren Nervenerkrankungen abhängen (Masurel) 891. — nervösen Ursprungs (Levêque) 892. — infolge eines moralischen Choks 892. — neue Methode der örtlichen Behandlung der (Knagge) 928. — Einfluſs der Diät auf die Entstehung und Behandlung der (White) 885. — über den Nutzen medikamentöser Pflaster bei gewissen (Stelwagon) 887. — Ichthyol bei 175. — Ol. terebinthinae innerlich bei 176. — Verbreitung in St. Petersburg (Polotebnoff) 42. — Verbreitung in Ruſsland (Schadek) 43. — Ichthyol, Resorcin, Lanolin bei 66. — des Kopfes, ansteckende (Feulard) 68. —und Syphilis, Kokain in der Behandlung der (Lustgarten) 419. — Wert des Arseniks in der Behandlung von (Taylor) 1131, (Fox) 570. — zweckmäſsige Anwendung des Arseniks bei (Keyes) 578. — Frage nach dem Wert des Arseniks bei (Hardaway) 578. — bei Gichtkranken (Corlett) 622. — moderne Therapie der (Manassei) 631. — Pastenbehandlung der (Duckworth) 676. — Nomenklatur der (Liveing) 683.

Hautläsionen an varikösen Unterextremitäten, klinische Studie über einige (Broca) 561.

Hautlappen, Verpflanzung gröſserer (Ceci) 630.

Hautparasiten in den Tropen und besonders am Senegal (Carpot) 124.

Hautpigment s. Pigment.

Hautresorption, zur Frage d. (Ritter) 74.

Hautstriemen bei Epileptikern (Arnold) 940.

Hautteratome, papilläre, präaurikuläre (Majocchi) 287.

Hauttransplantation (Keetly) 679.

Hauttrophoneurose, verursacht durch Verletzung des Nervus medianus (Tilden) 1122.

Hauttuberkulose, Fall von genuiner (Schwimmer) 665. — und Lupus (Doutrelepont) 1096. 1117.

Hautuntersuchung, elektrische Lampe zur (Piffard) 430.

Hautverfärbung, braune, infolge von Schwefeldämpfen, sofort beseitigt durch Wasserstoffsuperoxyd (Preble) 573.

Hebräer, venerische Krankheiten der, der biblischen Zeit (Hamonic) 184.

Heilkunde, Realencyklopädie der gesammten, von Eulenburg 364. 1005.

Heilung des akuten Trippers ohne Komplikation, Gebrauch des Jodoforms (Falcone) 813.

Heilwert des Xylols bei Blattern (Ötvös) 377.

Heiſse Luftbäder bei Syphilis (Stepanow) 726.

Helkose links — Bubo rechts — Allgemeine Syphilis (Glück) 542. — mit Jodol behandelt 132.

Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis, die oscillierende (Oppenheim) 976.

Hereditäre Syphilis s. Syphilis hereditaria.

Hereditärer Einfluſs der Syphilis (Lancry) 90.

Herpes 127. 180. — Unterscheidungsmittel des infektiösen Schankers vom (Leloir) 88.

— circinatus, Pilze bei 138. — bei Viehmägden 71. — Therapie des 71.

— digitalis (Blaschko) 807.

— febrilis 127.

— genitalis beim Weibe und Manne, Studie über (Pinto) 231.

— iris, seltener Fall von (Köbner) 525.

— — und circinatus, Fall von (Geber) 280; (Gamberini) 286.

— omo-brachialis, Fall von (Tucker) 673.

— parasitarius, mit Cassia allata behandelt (Conillebault) 137. — nach Atropin und Belladonna (Mackintosh) 137.

— tonsurans, über (Quincke) 987. — Differentialdiagnose mit Alopecia areata (Schütz) 100. — neben Area

Celsi 103. — Epidemie von 105. — Therapie des 71. — Ichthyolteerseife bei 176. — chronicus 103.
Herpes zoster 127. — chronischer 328. — Bemerkungen über das Wesen des (Tommasoli) 288. — Thermokauter bei 233. — Parasiten im Bläscheninhalt von (Pfeiffer) 589. — Eruption während des Gebrauches von Arsenik (Burger) 576. — des Gesichtes, Fall von doppelseitigem recidivierendem (Behrend) 315.
Herstellung verschiedener Fluorescinpräparate (Kühne) 521.
Herzneurose, syphilitische (Sitone) 287.
Hesperomus flavescens 159.
Hirnarterien, über die auf syphilitischer Basis entstandenen Aneurysmen der (Spillmann) 381.
Hirnsyphilis, die oszillierende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen (Oppenheim) 976.
Hirnzufälle bei Syphilis, über den Ausgang der (Gaudichier) 1000.
Histologie der Haut zum Studium der elementaren Läsionen der Haut, die Beziehungen der normalen (Leloir) 1052. — der Pigmentsyphilis 17. — der Mykosis fungoides 29.
Histologische Struktur der Warze (Hanolle) 85.
Hoden, Erythema nodosum am (Breda) 1051.
Holzbock als Hautschmarotzer (Carpot) 125.
Horngewächs am Penis (Brinton) 1065.
Hüllentheorie, Ehrlichs *E.-H.* I. 63.
Hunter als Syphilograph (Proksch) 370.
Hutchinsons syphilitische Zahndifformität, Beitrag zu (Otte) 323.
Hydrargyrose, über am Pharynx lokalisierte (Sommerbrodt) 78.
Hydrargyrum bijodatum bei Scharlach 178. — bei diphtheritischen Membranen 178.
— carbolicum oxydatum, innerliche Anwendung bei Syphilis 195. — hypodermatische Anwendung bei Syphilis 343.
— formamidatum bei Syphilis (Róna) 667.
Hydrargyrum oxydatum flavum, intramuskuläre Injektionen bei Syphilis (Kühn) 858; (Rosenthal) 1102.
— tannicum bei Syphilis (Parsons) 625.
Hydroa 680.
— bulleux und Dermatitis herpetiformis, ein Beitrag zur Kenntnis der (Taylor) 424. 429. — und verwandte Affektionen (Taylor) 230.
— herpetiformis, ein Beitrag zur Histologie und Pathologie der (Elliot) 1018.
Hydrops bei syphilitischer Nephritis 185.
Hydroxylamin, starkes Desinficiens 188.
Hyperidrosis (Myrtle) 570.
Hyperkeratosis subungualis (Hebra) 291.
Hyperplastische, syphilitische Laryngitis (Jacob) 674.
Hyperthermia syphilitica post partum, über (Sareste) 1002.
Hypertrichosis, Behandlung der (Brocq) 84.
Hypertrophie der Prostata, operative Behandlung der 131. — der Nymphen, ein Fall von (Hardou) 174.
Hypoderma bovis 159. 162. 166. 1087.
— Diana auf Menschen 159. 162. 164.
Hypodermatische Anwendung von Hydrargyrum carbolicum oxydatum bei Syphilis (Schadek) 343.

Jaborandi bei Myxödem 179.
Jahresbericht der Abteilung für venerische Kranke in Kopenhagen (Bergh) 37. — über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen (Baumgarten) 1007.
Jahresversammlung, zehnte der American Dermatological Association in Greenwich 133.
Ichthyol bei Hautkrankheiten (Zeisler) 175. — Mitteilungen über 230. — in Pflasterform (Gécé) 571. — Resorcin, Lanolin bei Hautkrankheiten, klinische Bemerkungen über den Wert des (Stelwagon 66.

Ichthyolseife bei Akne, Rosacea, Sykosis 175.
Ichthyolteerschmierseife bei Herpes tonsurans 176.
Ichthyosis congenita, Demonstration eines Präparates von (Lassar) 73. — Lichen ruber, Pemphigus vulgaris, Prurigo und Psoriasis, pathogenetisch. Zusammenhang zwischen (Ssirski) 854.
Idiopathische Hautatrophie (Pospelow) 183. 585.
Idiopathisches multiples Pigmentsarkom, ein Fall von (Hiorth) 234.
Immunität gegen Masern 10. — der Tiere gegenüber der Syphilis (Pöhl) 1103.
Impetigo contagiosa 679. — herpetiformis, zur Kenntnis der (Zeissler) 950; (Kaposi) 484. — Furunkel und Sykosis, über die Ätiologie und Therapie der (Bockhart) 450. — kontagiöse parasitäre Natur der (Dewévre) 38.
Impftechnik und Vaccinekontagium, neuere Arbeiten über (Piza) 248.
Impftuberkulose, Übersichtsreferat über 184. — nach Zirkumzisionen (Elsenberg) 45.
Impfversuche mit Favus- und Herpes tonsurans-Pilzen (Feulard) 71. — mit Lepragewebe auf Tiere (Thin) 324.
Impfungsstoff, Proteiden im animalischen 189.
Impotenz, Behandlung der (Julien) 232.
Induratives Ödem (Finger) 79. 368.
Infektion bei Harnröhrentripper, über sekundäre (Bockhart) 863. — beim Weibe, über den Sitz der gonorrhoischen (Steinschneider) 527.
Inguinalgegend, phagedänischer Schanker der linken (Mencault) 91.
Inkubation des syphilitischen Virus, eine langwierige (Falcone) 813.
Initialaffekt der Fauces, syphilitischer (Haslund) 476.
Initialsklerose, Excision der, und über die Quellen der Syphilisverbreitung (Tarnowski) 757.
Initialsyphilis einer Tonsille, ein Fall von (Rabitsch) 528.
Injektionen von β-Naphtol bei Tieren (Josias und Nocard) 37.
Injektionen von Jodpräparaten bei Syphilis, subkutane und intramuskuläre (Schadek) 289. — von Kalomel, über Gewebsveränderungen bei subkutanen (Chotzen) 1101. — von Kalomel, therapeutische Verwertbarkeit der (Dehio) 770. — von Kalomel bei Syphilis 30. 528. (Petersen) 853; (Kühn) 858; (Smirnoff) 894; (Reinhardt) 1060; (Chotzen) 1101. — von Hydrarg. oxyd. flavum 30; (Rosenthal) 1102. — von Hydrarg. formamidatum (Ssirski) 847. — unlöslicher Quecksilbersalze, über die Behandlung der Syphilis mit (Watraszevski) 989.
Innerliche Anwendung des Hydrargyrum carbol. oxydatum bei Syphilis (Schadek) 195.
Inokulation von Masern mit hervorragender Beteiligung des infizierten rechten Armes (Michael) 339.
Inokulationsversuche mit Impetigo (Dewévre) 38.
Instrumentarium, Verzeichnis des dermatologischen 188.
Interessante Neubildung der Haut, Fall von (Dunn) 485.
Interne Therapie des chron. Blasenkatarrhs im Vergleich zur externen (Pauli) 224.
Jodexanthem, bullöse Form des (Morrow) 420. 531.
Jodide und Bromide. [Können — — von der Schleimhaut des Magens zerlegt werden? (Külz) 1067.
Jodismuserscheinungen, klinisch und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis einiger (Ducrey) 285.
Jodkalium, Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen (Haslund) 896. — bullöses Exanthem nach (Hyde) 1129.
Jodmethode, die Pararosanilin- (Unna) *E.-H.* I. 59.
Jodoform, Gebrauch des (Falcone) 813. — zur Kenntnis der antibakteriellen Wirkung des (Neisser) 1120. — toxische Wirkung des (Taylor) 883. — bei Schanker 35. — Desodorisation des 35. 683. 1024.
Jodoformkollodium bei Schanker 36.
Jodoformekzem, zur Behandlung des (Wiederhold) 973.

Jodoformölinjektionen bei Blenorrhöe (Thiéry) 581.
Jodoformstifte (Bluett) 676.
Jodol, therapeutische Verwendung des (Pick) 132. — innerlich bei Gummata 132. — in der Behandlung und Prophylaxis der venerischen Krankheiten (Bono) 187.
Jodoltampons bei Bubonen, blenorrhagischen und katarrhalischen Prozessen 132.
Jodolspray bei Helkosen, ulcerierenden Kondylomen 132.
Jodpurpura (Vidal) 228.
Jodtrichlorid als Desinfiziens und Antisepticum, über die Brauchbarkeit (Langenbuch) 1058.
Irrigator bei Urethritis (Finger) 171. — Urethral- (Petersen) 906.
Ixodes reduvius 1093. — ricinus 1093. — americanus 1093. — Dugesii 1093.

Kalomelinjektionen s. Injektionen.
Kalte Bäder bei Gesichtserysipel (Ducker) 759.
Kaposische Krankheit s. Xeroderma pigmentosum.
Karbol-Glyceringelatine bei Brandwunden 1067.
Karbolsäureinjektion bei Bubo 134. — bei Kropf 134. — reine, bei Varicen (Stevenson) 178.
Karbolsalbe bei Scharlach 178.
Karcinomähnliche Gebilde bei Xeroderma 182.
Karcinom und Syphilis (Doutrelepont) 1103.
Kasuistische und differentialdiagnostische Mitteilungen über akute Leberatrophie bei Syphilitischen (Lewin) 1003.
Kasuistik der Fleckenaffektion der Zunge (Winternitz) 895. — des Lichen ruber in Ungarn (Róna) 870. 909. 959.
Katocheilitis der Schnitter (Tommasoli) 631.
Keloid (Crocker) 177. — Histologie 177. — Behandlung 39. — interessanter Fall von (Piffard) 230. — Beitrag zum Studium der Behandlung der (Guyard) 475. — Behandlung mittels Elektrolyse (Brocq) 942.
Keratitis, die Formen der syphilitischen (Hagen-Torn) 854.
Keratosis der Nägel (Robinson) 535. — follicularis (Morrow) 229. — verbunden mit Fissuren der Zunge und Leukoplakia buccalis (Morrow) 619.
— pilaris, allgemeine Alopecie nach (Fox) 230.
Kernfärbemittel, über das Metaphenylendiamin als (Unna) 62; (Joseph und Wurster) 243.
Kieselgur als Pastengrundlage (Unna) 94.
Klassifikation der Dermatosen (Bronson) 886.
Klinisch- und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis einiger Jodismuserscheinungen (Ducrey) 285.
Klinische Beiträge zur Narbenverbesserung (Lassar) 970. — und mikroskopische Beobachtungen über einen seltenen Fall menschlicher Hautaktinomykose (Majocchi) 331. — Grenzen der Alopecia areata, über die (Behrend) 315. — Studie über einige Hautläsionen an varikösen Unterextremitäten (Broca) 561. — Studie über das Resorcin (Callias) 938. — Studie des Sklerodema (Graham) 1127.
Klinisches über Pruritus (Bulkley 884.
Knochensyphilis, Spontanfrakturen grofser Knochen bei Syphilitischen (Prevost) 471.
Knochenveränderungen bei Lepra (Lawtschenko) 771.
Kochscher Bacillus s. Kommabacillus.
Kokain bei Elektrolyse 181. — bei Geschwüren 187. — in der Behandlung der Hautkrankheiten und der Syphilis (Lustgarten) 419; (Stockman) 478.
Kokaininjektion (Ogston und Middelton) 675.
Koma, das syphilitische (Althaus) 321.
Kombiniertes Universalverfahren. Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen (Kühne) *E.-H.* III. 7.

Kommabacillus im Gewebe des Choleradarmes, über das Vorkommen der Spirochätenform des Kochschen (Kühne) 521.
Kompressen, kalte, bei Erysipel 42.
Kondylomata, Bacillen bei (Bitter) 118.
Kondylome, ulcerierende, mit Jodol behandelt 132.
Kongenitale Rhachitis oder hereditäre Lues? (Herz) 765.
— Striktur der Urethra (Rusk) 673.
Konstituentien für Pasten (Unna) 94.
Kontagiöses Stadium der Syphilis, Begrenzung des (Otis) 225.
Kontagium der Syphilis (Disse) 1062.
Kopfhaar, eigenartiger Fall von Verlust des (Lewinski) 141.
Kopfhaut bei Kindern, kontagiöse Krankheiten der (Lailler) 40. — ansteckende Krankheiten (Feulard) 68. — praktische Abhandlung über die Krankheiten des Haars und der (Jackson) 1002.
Kopfschwarte, Exstirpation der Balggeschwülste der (Championnière) 940.
Krätze, Behandlung der (Comesatti) 232. — Übertragbarkeit von der Katze auf den Menschen 631.
Krankheiten durch Sandfloh 125. 139; (Guilloteau) 662.
— der Kopfhaut s. Kopfhaut.
— des Magens, Beitrag zum Studium der syphilitischen (Gouzot) 561. — der Unterlippe, spezielle (Moretti) 630.
Krebs, Syphilis und (Lang) 80; (Doutrelepont) 1102. — Behandlung mit Ol. terebinth. 176; mit Hamamelis virginica 177.
Kresol als Desinfektionsmittel 188.
Kropf mit Karbolsäureinjektionen behandelt 134.
Kubeben, Verfälschung der (Menier) 430.
Kursk, Verbreitung der Syphilis im Gouvernement (Popow) 856.
Kutane Affektionen neurotischen Ursprungs, neue Vorlesungen über (Leloir) 381.
Läsionen der Haut, die elementaren (Leloir) 964. — Pityriasis rubra mit vesikulösen (Morrow) 569.
Lampe zur Hautuntersuchung, elektrische (Piffard) 430.
Landolfsche Paste bei Epitheliom 5.
Langwierige Inkubation des syphilitischen Virus, eine (Falcone) 813.
Lanolin (Kinnier) 632. — Resorcin, Ichthyol bei Hautkrankheiten, klinische Bemerkungen über den Wert des (Stelwagon) 66. — Dermatitis acuta, bewirkt durch Anwendung von unreinem (Meyer) 615. — und andre Salbenkörper in ihrem Verhalten zu Wasser (Dieterich) 632. Lanolinsalben (Perly) 287; (Burshinski) 43. — therapeutische Versuche mit dem reinen, wasserfreien (Wulfsberg) 415. — Wert des (Fox) 567.
Lapispinselungen bei Erysipel 42.
Larbisch (Carpot) 125.
Larven s. Maden.
Laryngitis, hyperplastische, syphilitische (Jacob) 674.
Larynx, Schleimpapeln im 45. — Erythema nodosum am (Breda) 1051. — Lupus des (Sherwell) 536.
Lassarsche Salicylpaste 221.
Latente Syphilis (Palmer) 623.
Lazaros, Relatorio apresentado em 1887 ao Dr. Provedor do Imperial Hospital dos (Lima) 1008.
Lebensthätigkeit der Hautelemente bei Entzündungen und Neubildungen (Giovanni) 285.
Leberatrophie bei Syphilitischen, kasuistische und differentialdiagnostische Mitteilungen über akute (Lewin) 1103.
Lebercirrhose, besondere Verfärbung der Haut bei vorhandener (Taylor) 535.
Leberegel 161.
Leberkrebs, der massive (Gilbert) 761.
Leberthran bei Keloid 39.
Lehrbuch der pathologischen Mykologie (Baumgarten) 217.
Leime, medikamentöse (Unna) 317.
Lepra (Beaven Rake) 82. 480. (Mansurow) 364. — an Abstract of lectures on (Bidenkap) 653. — ähnliche Ulceration (Rake) 679. — Behandlungsart der (Unna) 886.

Lepraformen, über das Vorkommen der einzelnen, sowie der Erscheinungen an Augen, Nase und Ohren (Lima und de Mello) 596. 645. — Lepragewebe auf Tiere, Impfversuche von (Thin) 324. — Lepraübertragung auf Tiere, zur Frage der (Wesener) 1105. — Lepra-Hospital in Rio de Janeiro, Mitteilungen über das (Azevedo Lima) 238. — Knochenveränderungen bei (Sawtschenko) 771. — auf Tiere, nochmals die Übertragung der (Campana) 809. — Lepra maculosa (Fox) 569. Lepra und Mykosis fungoides, Demonstration mikroskopischer Präparate von (Kühne) 1097. — Mitteilungen über (Lutz) 387. 504. 546. — Lepra mutilans (Heiberg) 1234. Lepra im Süden Rufslands (Münch) 365. 854. — zur pathologischen Anatomie d. (Kühne) *E.-H.* III. 15. — Report on 1010. — über das Wesen der (Arning) 710. — Leprabacillus, Kulturen des (Bordoni-Uffreduzzi) 768. — Verteilung des Bacillus (Beaven Rake) 480. (Steven) 625. — Über die bei der anästhetischen — im Rückenmarke vorkommenden Bacillen (Chassiotis) 1039.

Lepramikrobien, Glöafärbung der *E.-H.* I. 53.

Leprosy in Trinidad, Report on (Rake) 968.

Leptus autumnalis 1095.

Leukaemia cutis (Hochsinger und Schiff) 897. — ein Fall von Priapismus bei (Ketli) 666.

Leukoderma oder Vitiligo (Wessinger) 568.

Leukopathie der Nägel (Morison) 884.

Leukoplakia buccalis, Keratosis follicularis, verbunden mit Fissuren der Zunge und (Morrow) 619. — Papayotin bei 326.

Lichen und seine Behandlung (Vidal) 581. — zur Pathologie und Anatomie des (Michelson) 1055.

Lichenfrage, zur (Unna) 89. 185.

— annulatus serpiginosus (Fox) 477. 681.

— circumscriptus 477.

— planus, Fall von (Bulkley) 1129. — Behandlung des 432. — Ichthyosis, Pemphigus vulgaris, Psoriasis und Prurigo, pathogenetische[illegible] sammenhang zwischen (Sairk[illegible] (Brocq) 88. — Einteilung [illegible] 89. — zur Pathologie des (Köb[illegible] 616. — und Pityriasis (Brocq [illegible] — der Haut und Schleim[illegible] (Bender) 1056. — Pathologie [illegible] (Caspary) 1095. — zur Kas[illegible] des — — in Ungarn (Róna [illegible] 909. 959. — exsudativus Heb[illegible] ein Fall von (Schadek) 1023.

— ruber obtusus et planus, ein F[illegible] von (Lutz) 592.

— scrophulosus, Bemerkungen [illegible] einen Fall von (Gottheil) 530

— tropicus 128. 138.

Lider, chronisches Ödem der, [illegible] Ekzem der Nase (Verité) 580

Lineare Atrophie der Haut, Beitr[illegible] zum Studium der (Laveruhe) 59[illegible]

Lipom, über das Pseudo — (Dieu) 9[illegible]

Liquor Swietenii bei Schanker 35

Lucilia 56. 57. 58. 1094. — hom[illegible] nivorax Coquerel 115.

Lues universalis, insbesondere d[illegible] Zentralnervensystems, über ein[illegible] Fall von (Jastrowitz) 528.

Luftbäder bei Syphilis, Wirku[illegible] heifser (Stepanow) 726.

Luftwege, syphilitische Krankheite[illegible] der oberen (Newman) 479.

Lunge, Fall von syphilitischen Affektionen der (Pokrowski) 725.

Lupus erythematodes 681. — Ätiologie und Behandlung des (Ravogl[illegible] 930. — der Hände (Ohmann-Dumesnil) 931. — Resorcin bei 67[illegible] — Behandlung des (Brocq) 1125 — erythematodes, ein Fall von (Rosenthal) 617. — (Fox) 476. 681. — des Larynx (Sherwell) 536. — — Beitrag zum Studium des elephantiastischen (Coeules) 997. —

— — vulgaris, Behandlung des (Brocq) 1125. — Mitttel zur Behandlung de[illegible] (Brooke) 181. — Salicylkreosotsalb[illegible] bei 181. — Sublimatbehandlung de[illegible] (Woskressenski) 44. — Behandlung von (Havas) 279. — kompliziert mi[illegible] Epitheliom (Bidault) 1053. — und Hauttuberkulose (Doutrelepont) 1096. 1117.

Lustgartens Bacillen 118.

Lutidin als Desinfektionsmittel 187.

Lymphadenom, Fall von (Fox) 1124.

Macula syphilitica 20.
Maden in der Nase 106.
Männlicher Genitalapparat, über Tuberkulose des (Simmonds) 219.
Magen, Beitrag zum Studium der syphilitischen Krankheiten des (Gouzot) 561.
Magnesia, borsaure s. Antifungin.
Malaria, Hautaffektionen bei (Retiwzew) 587.
Malassezsche Pilze 70. 97.
Maligne Neubildungen, Chlorzinkätzung bei (Steinthal) 1110. — Tumoren der Fossa nasalis, Studie über die primären (Laverie) 562.
Malleus, zwei Fälle von chronischem (Ssirski)42. — humidus des Menschen (Havas) 281; (Dirner) 281.
Mal perforant, Beitrag zum Studium des (Fairre) 312.
Masern, Nervenaffektion im Gefolge der (Fox) 678. — Inokulation mit hervorragender Beteiligung des infizierten rechten Armes (Michael) 339. — Masernrecidive, über (Ramm) 413. — Masern und Röteln bei 3 Kindern (Wolberg) 131. — Immunität gegen (Biedert) 10. — bei Erwachsenen 11.
Massage bei traumatischer Orchitis und Epididymitis (Kurdjumow) 725.
Mastzellen bei Urtitaria *E.-H.* I. 18.
Mechanische Behandlung der Hautkrankheiten (Rosenthal) 483.
Medikamente, Bemerkungen über (Piffard) 1122.
Medikamentöse Leime (Unna) 317. — Pflaster bei gewissen Hautkrankheiten, über den Nutzen (Stelwagon) 887.
Medikation und Alimentation per Rectum bei Hautkrankheiten (Shoemaker) 1073.
Melanodermata, Behandlung der (Leloir) 1126.
Melanodermen, Behandlung der (Leloir) 85.
Melanodermies épithéliales 86.
Melanosis der Haut, ein in seiner Art einziger Fall fortschreitender (Robinson) 932. — des Urogenitalapparates (Stein) 767.
Merkur s. Quecksilber.
Merkurial-Stomatitis (Campbell) 535.
Merkurielle Behandlung der Syphilis, die Bedeutung der Schwitzbäder bei (Frey) 76.
Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel (Unna) 62; (Joseph und Wurster) 243.
Methylamin als starkes Desinfektionsmittel 188.
Mikrobien, Mikrokokken } s. Bakterien.
Mikroorganismen, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen (Baumgarten) 1007. — die (Flügge) 217. — im Inhalt der Varicellen (Guttmann) 522.
Mikroparasiten der Blattern (Marotta) 286. — des Harnröhrentrippers beim Manne (Giovannini) 186.
Mikroskopische Untersuchungen psoriatischer Haut (Campana) 285.
Mikrosporon Audouini bei Area Celsi 97. — furfur bei Pityriasis capitis 180.
Milben als Hautschmarotzer (Carpot) 125.
Miliaria crystallina 128. 129.
Milzbrand mit Silberlösung, antiseptischer Wert der Silberlösungen und Behandlung von (Behring) 1059.
Milzbrandepidemie zu Guelph (Atkins) 1064.
Mineralwässer in der Behandlung der Hautkrankheiten, schwefelhaltige (Rotureau) 432. — Ekzem und seine Behandlung mit 935.
Mischinfektion bei Harnröhrentripper (Bockhart) 863. — beim Weibe über gonorrhoische (Bumm) 1111.
Mifsbildung der Urethra (Poisson) 430.
Mifsbräuchlich gehandhabte Schmierkur, Exitus letalis infolge (Braus) 806.
Mittel, um den infektiösen Schanker von Herpes zu unterscheiden (Leloir) 88.
Mitteilungen über das Ichthyol (Ackermann) 220. — über das Lepra-Hospital in Rio de Janeiro (Azevedo Lima) 238. — über Lepra 387. 504. 546.
Moderne Therapie der Hautkrankheiten (Manassei) 631.
Mollin als Grundlage für Quecksilbersalbe (Stepanow) 852. — das (Liebreich) 529.
Mollinpräparate als Ersatz der Jodtinktur und Jodkaliumsalbe, zwei neue 201.

Molluscum contagiosum, eine Analyse von 50 Fällen (Allen) 578.
— fibrosum, Narbenkeloid nach 177. — und multiple Neurofibrome (Payne) 689.
Moralischer Choc, Hautkrankheiten infolge eines (Levêque) 892.
Morbilli adultorum (Biedert) 10.
Morbus Addisonii, cystische Degeneration der Glandula pinealis nach (Selcock) 179. — Beobachtungen über die Pigmentgenesis bei (Gabbi) 287; (Sturgis) 678.
Morféa no Brezil especialmente na Provincia de Saõ Paulo (Magalhães) 1011.
Morphoea (Hutchinson) 82.
Morphiumexanthem 327.
Moschustinktur als Desodorans des Jodoforms 35.
Multiple Hautgangrän, zur Pathogenese der akuten (Demme) 1107. — Neurofibrome und Molluscum fibrosum (Payne) 682. — syphilitische Wurzelneuritis (Kahler) 764. — Myom der Haut, Fall von (Hardaway) 488. — Xanthom (Spender) 574.
Mundhöhle, über die Formen der Entstehung der primären syphilitischen Affektionen auf der Schleimhaut der (Beloussow) 848.
Muscinen 115.
Mycelfäden bei Impetigo 39. — und Sporen bei Alopecia areata (Schütz) 102.
Myiasis externa dermatosa (Joseph) 49. 106. — cavarum nasi 54. 106. 107. — muscosa 51. 108. — oestrosa 158. — Therapie 171. — Differentialdiagnose 166.
Mykosis circinata (Milchelson) 99.
— fungoides (Alibert) 27. — Arsenikbehandlung der 27. — über die (Amicis) 1049. — Beitrag zu den Pilzbefunden bei (Kühne) *E.-H.* III. 41. — Fall von (Havas) 663. — sogenannte (Tilden) 487. — und Lepra, Demonstration mikroskopischer Präparate von (Kühne) 1097.
— d'embleé 28. — Histologie der 29.
Mykologie, Lehrbuch der pathologischen (Baumgarten) 217.
Myom der Haut, Fall von multiplem 488; (Babes) 282.
Myxödem (Ord) 179. — **Behandlung** des, mit **Jaborandi und Pilokarpin** 179. — **Experimentelle Erzeugung** von, durch **Exstirpation** der Glandula **thyreoidea** (Horsley) 179. — Neigung **zu Blutungen** bei 677.

Nachweis von Quecksilber in **Flüssigkeiten**, vereinfachte **Methode zum** 31.
Naevus congenitus mit **excessiver** Geschwulstbildung, **Fall von** (Planner) 810. — Nervennaevus (Robinson) 536.
— pigmentosus permagnus s. Nigrismus partialis (Budsko) 586.
— vasculosus (Mansurow) 366.
Nägel, Leukopathie der (Morison) 884. — Spontaner **Ausfall und** trophische Veränderungen der — bei einer hysterischen **Frau** (Falcone) 332. — Keratose der (Robinson) 535.
Nagel, eingewachsener (Smith) 83. — Behandlung des, mit Tannin (Miall) 180.
Nagelgeschwür ohne Einschnitt, Behandlung des (Bulkley) 1065.
β-Naphthol als Heilmittel für verschiedene Krankheiten 37. — bei Akne (Lassar) 223. — mit Ichthyol bei Prurigo 176.
Narbenkeloid s. Keloid.
Narbenverbesserung, klinische Beiträge zur (Lassar) 970.
Narbige Atrophie s. Atrophie.
Nase, chronisches Ödem der Lider und Ekzem der (Verité) 580. — Entzündung der Haarfollikel in der (Hardaway) 1130. — syphilitische Gummata der (Scarenzio) 1050.
Nasenhöhle, fibrösschleimige Polypen im hinteren Teile der (Degail) 1116.
Natrium nitrosum mit Metaphenylendiamin 62.
— salicylicum innerlich gegen Tripper (Awsitidiski) 41.
Nebennieren. Erkrankung der, bei morb. Addisonii 180.
Neelsensche Färbemethode 219.
Neigung zu Blutungen bei Myxödem 677.
Neissersche Kalomelölinjektionen (Hartung) 528.

Nekrose des Stirnbeins, syphilitische (Molnar) 376.
Nematodes (Bilharz) 122. — im Blut, Urin, Thränen 123.
Nephritis, chron., bei Syphilis 185. — a frigore 185.
Nervensystem, Ekzeme als Resultat von Störungen im (Nikolski) 853. — Nervenaffektion im Gefolge der Masern (Fox) 678. — Nävus (Robinson) 536. — Syphilis des (Renzi) 632.
Nervus medianus, Hauttrophoneurose, verursacht durch Verletzung des (Tilden) 1122.
Neubildung der Haut, Fall von interessanter 485. — Chlorzinkätzung bei malignen (Steinthal) 1110.
Neuere Arbeiten über das Vaccinekontagium und über Impftechnik (Piza) 248.
Neue Färbungsmethode für Gonokokken (Wendt) 672.
Neuere Fälle von durch Larven einer Getreidemilbengattung verursachten Hauterkrankungen (Koller) 282.
Neue Methode zur Behandlung des Erysipels (de Amicis) 632.
Neue Reagenzien auf aktiven Sauerstoff 393.
Neue Vorlesungen über kutane Affektionen neurotischen Ursprungs (Leloir) 381.
Neurofibrome, multiple, und Molluscum fibrosum (Payne) 682.
Nicht venerische Syphilis (Sherwell) 230.
Nigrismus partialis s. Naevus pigmentosus permagnus (Budsko) 586.
Nochmals die Übertragung der Lepra auf Tiere (Campana) 809.
Nomenklatur der Hautkrankheiten (Liveing) 683.

Ochromyia anthropophaga 117. 1094.
Ödem, elastisches, bei Urticaria (Unna) *E.-H.* I. 30. — der Lider, chronisches, und Ekzem der Nase (Verité) 580. — stabiles (Lassar) 524.
Ödema indurativum (Finger) 79. 368.
Örtliche Behandlung der Hautkrankheiten, neue Methode der (Knaggs) 928.
Östriden 158. 1094. — auf der menschlichen Haut (Carpot) 124.
Ostrus hominis 158. — bovis 160. 1094.
Ösypum. Geschichtliche Notizen über, und therapeutische Versuche mit dem reinen, wasserfreien Lanolin (Wulffsberg) 415.
Oleum ligni santali Ostindici, einiges über die Wirkungen und Nebenwirkungen des (Rosenberg) 723.
— santali bei Gonorrhöe 32. 130.
— Gaultheriae s. Wintergrünöl.
— terebinthinae innerlich bei Hautkrankheiten 176. — Hämaturie nach innerlichem Gebrauch 176. — Strangurie nach 176. — Kontraindikationen 176. — bei malignen Tumoren 232. — als Desodorans für Jodoform 1024.
Onychia ulcerosa durch Sandflöhe (Carpot) 125.
Operative Behandlung der Akne (Mansurow) 366.
Orchitis und Epididymitis, Massage bei traumatischer (Kurdjumow) 725.
Orientbeule (Riehl) 172.
Osmidrosis, subjektive (Foot) 478.
Osteosklerose des Stirnbeins, syphilitische (Viti) 332.
Oszillierende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis (Oppenheim) 976.

Panamaholz, Abkochung von, zur Kopfwäsche 40.
Papilläre, präaurikuläre Hautteratome (Majocchi) 287.
Papilloma 183. — des Unterarms (Fox) 229.
Parameria vulneraria 95.
Parangi Krankheit 679.
Pararosanilin-Jodmethode (Unna) *E.-H.* I. 59. — und Rosaniline, die (Unna) *E.-H.* I. 1.
Parasit des Pockenprozesses aus der Gattung Sporozoa, ein neuer (Pfeiffer) 435.
Parasiten, die die Haut penetrieren, in den Tropen und besonders am Senegal (Carpot) 124. — im Bläscheninhalt von Varicella und von Herpes zoster, und über

Beziehungen derselben zu ähnlichen Parasiten des Pockenprozesses (Pfeiffer) 589.
Parvalin als Desinfiziens 188.
Paste, Lassarsche Salicyl- 221. — Konstituentien (Unna) 94. Pastenbehandlung der Hautkrankheiten (Duckworth) 676. — über (Martin) 221.
Pathogenese der Dermatosen (Brocq) 537.
Pathogenetischer Zusammenhang zwischen Pemphigus vulgaris, Psoriasis, Prurigo, Ichthyosis und Lichen ruber (Ssirski) 854.
Pathologie und Therapie der Gonorrhöe (Renshaw) 276.
Pechkappe bei Favus, Herpes tonsurans 71.
Pediculi pubis, Äther gegen (Thomas) 95.
Pediculosis (Greenough) 885. — über (Goldenberg) 1120.
Pelade 70. 105. s. auch Alopecia areata. — und die Schule (Ollivier) 481.; (Buchin) 481.
Peliosis rheumatica (Bogajewski) 44; (Logau) 670.
Pelagra, Pseudo- 27. — sporadica 27.
Pemphigus 680; (Thin) 570. — Alterationen des Sympathicus in einem Falle von (Stefanini) 1052. — Beitrag zur Pathologie und Ätiologie (Ssirski) 42. — chronicus, Beitrag zur Kenntnis des (Dähnhardt) 893. — conjunctivae, Fall von (Somogyi) 284; durch Quecksilberoleat geheilt (Cripps) 478. — Fall von (Morrow) 1131. — von Albuminurie gefolgt (Sabin) 568. — vulgaris, Psoriasis, Prurigo, Ichthyosis und Lichen ruber, pathogenetischer Zusammenhang zwischen (Ssirski) 854.
Penis, Beitrag zum Studium der Gummata des (Brégeal) 999. — Horngewächs am (Brinton) 1065. — Retraktion des (Ivanoff) 571. Penismangel (Winogradow) 724.
Perforierende Geschwüre (Atkin) 81.
Pergamentpapier als Verband (Vogelsang) 95.
Peribronchitis caseosa syphilitica 186.
Perichondritis laryngea, Beitrag zur Lehre von der (Lewin) 803.
Periopyxis, Klinische Beobachtung von multipler, und frühzeitiger Gummata cut. (Breda) 769.
Petersburg, die Prostitutionsfrage in (Petersen) 685. — Verbreitung der Hautkrankheiten in 42.
Petritius, Sebastianus, über den Tripper (Glück) 641.
Pflaster bei gewissen Hautkrankheiten über den Nutzen medikamentöser (Stelwagon) 887.
Phagedänisches Geschwür der Tropen, besonders am Senegal beobachtet, Beitrag zum Studium des Amourette 661. — Epidemie von 139; Phagedänischer Schanker der linken Inguinalgegend (Mencault) 91 — durch Stechfliegen (Carpot 124 — durch Sandflöhe (Carpot 125.
Pharmakologie und Toxikologie (Lewin) 322.
Pharmakologische Agenzien, Beeinflussung peripherischer Gefäße durch (Thomson) 214.
Pharynx, lokalisierte Hydrargyrose im (Sommerbrodt) 78.
Pharynxstenose infolge konstitutioneller Syphilis (Ducrey) 185.
Phenol als Desinfektionsmittel 188.
Phimosis congenita und Verknorpelung der Vorhaut und Verengung der ganzen Harnröhre (Illès 252.
Phimosenoperation als Heil- oder Linderungsmittel einiger nervöser und andrer Symptome 1016.
Phlegmone, ätiologisches Verhalten des Erysipels zur (Hajek) 173.
Phlyktänosis aggregata (Behrend 857.
Photographischer Apparat (Piffard 230.
Physikalische Untersuchungsmethoden der männlichen Harnblase (Nitze) 416.
Physiologie der Talgdrüsen (Joseph) 411.
Pigment, Ablagerung bei Xeroderma 182.
Pigmentsarkom, alveoläres 182.
Pigmentsyphilis (Bockhart) 13. Histologie der Pigmentsyphilis 17.
Pigmentgenesis bei Morbus Addisonii, Beobachtungen über (Gabbi 287.
Pigmentation, einige Unregelmäßigkeiten der (Yemans) 1063.

Pigmentflecken der Haut, Behandlung von 576.
Pigmentsarkom, ein Fall von idiopathischem, multiplem (Hiorth) 234.
Pigmentsyphiliden im allgemeinen, und im besonderen über das primitive Pigmentsyphilid, beobachtet beim Weibe und beim Manne (Fisson) 996.
Pikolin als Desinfiziens 188.
Pilokarpin bei Myxödem 179.
Pilze s. Bakterien.
Pilzbefunde bei Mykosis fungoides, Beitrag zu den (Kühne) *E.-H.* III. 41.
Pilzkrankheiten der Haut, eine neue Methode zur Behandlung der (Reynolds) 945.
Pityriasis alba parasitaria 138 (Herpes tonsurans).
— capitis, Mikrosporon furfur bei 180. — Malassezsche Pilze bei 70.
— versicolor 180. — Resorcin bei 66.
— rubra 40. — und Lichen ruber (Brocq) 89. — mit vesikulösen Läsionen (Morrow) 569. — mit bullösen Läsionen, Fall von (Hardaway) 1127. — universalis (Elsenberg) 433. 896.
Placenta, Syphilis der (Gascard) 623.
Pocken, über die Diagnose der 227.
Pockenprozefs, ein neuer Parasit des, aus der Gattung Sporozoa (Pfeiffer) 435. — Parasiten des (Pfeiffer) 589.
Pockenpusteln, zur Kenntnis der Mikroorganismen im Inhalt der (Guttmann) 859.
Polymorphes Erythem, dessen Natur und syphilitische Behandlung (Villemin) 626.
Polypen der Harnblase (Grünfeld) 121. — des hinteren Teiles der Nasenhöhle, fibrös schleimige (Degail) 1116.
Pompholyx s. Dysidrosis
Präaurikuläre, papilläre Hautteratome (Majocchi) 287.
Präparate von Syphilis auf Bacillen (Giletti) 285.
Praktisches Handbuch der venerischen und syphilitischen Krankheiten (Breda) 1055.
Priapismus bei einem Leukämischen, Fall von (Ketli) 666.
Primäre, maligne Tumoren der fossa nasalis, Studie über d. (Claverie) 562.
Primäre syphilitische Affektionen auf der Schleimhaut der Mundhöhle, über die Formen der Entstehung der (Beloussow) 848.
— Affekte der Syphilis, Beiträge zu den (Margoniner) 491.
Primitives Pigmentsyphilid s. Pigmentsyphilid.
Professionelle Dermatosen (Gibout) 87.
Propylamin als Desinfiziens 188.
Prophylaxis und Therapie der Syphilis (Bidenkap) 233.
Prostataerkrankung, Behandlung der, mit Hamamelis virginica (Mackenzie) 177.
Prostatahypertrophie, operative Behandlung der (Landerer) 131.
Prostitution, zur Geschichte der gesellschaftlichen Bewegung im Westen Europas und Amerikas gegen Reglementation der (Okorokow) 855.
Prostitutionsfrage in St. Petersburg (Petersen) 685.
Proteiden im animalischen Impfungsstoffe (van der Loeff) 189. — oder Amöben bei Variola vera (van der Loeff) 447.
Protest gegen die übermäfsige Stärke lokaler Applikationen, offizieller und nicht offizieller, bei Hautkrankheiten (Sherwell) 887.
Prurigo, Behandlung des, mit Ichthyol-Naphtholsalbe 176. — Demonstration eines Falles von (Pick) 375.
— hiemalis 682. — Pemphigus vulgaris, Psoriasis, Lichen ruber und Ichthyosis, pathogenetischer Zusammenhang zwischen (Ssirski) 854.
Pruritus, Klinisches über (Bulkley) 884.
— hiemalis (Diakonow) 44; (Guire und Blythe) 624.
— vulvae, Behandlung des 231; (Martineau) 538.
Pseudolipom, über das (Dieu) 998.
Pseudopellagra, über 27.
Pseudoschanker (Scarenzio) 285.
Psoriasis 680. — Behandlung der (Vidal) 581. — mit Chrysophansäure behandelt 133; (du Cazal und Boutonnier) 538. — mit Ol terebinthinae innerlich 176. — Entwickelung von Epitheliom bei 1.

— verrucosa 9. — Behandlung der (Bogorodizki) 43. — zur Histologie der (Pecirka) 60. — Resorcin bei 67. — Fall von (Medicus) 624. — Pemphigus vulgaris, Prurigo, Lichen ruber und Ichthyosis, pathogenetischer Zusammenhang zwischen (Ssirski) 854. — Teerquecksilbersalbe bei syphilitischer (Mauriac) 539. — Übertragbarkeit auf Kaninchen 93. Zur Behandlung der, mit grofsen Dosen Jodkalium (Haslund) 896.
Psoriatische Haut, mikroskopische Untersuchung der (Campana) 285.
Pulex penetrans 1093. — als Ursache der Onychia ulcerosa 125.
Purpura (Bristowe) 570. — haemorrhagica bei Schwangeren (Philipps) 178. — rheumatica scorbutica (Konstantinowski) 44. — simplex 44. — nach Jod (Vidal) 228. — — haemorrhagica (Rigal) 329. — mit circinärem Exanthem (Stelwagon) 887. — nach Quetschung (Makay) 83. — rheumatica acuta (Macdonald) 678. — rheumatische (Assumpçao) 570.
Pustula maligna, geheilter Fall von (Buck) 625.
Pustulöse Formen von Dermatitis herpetiformis (Duhring) 670.
Pyridin als Desinfiziens 188.
Pyrogallol bei Schanker 36.

Quebracho bei lokaler äufserer Applikation, über die Wirkung des Extractum fluidum (Bourdeaux) 1068.
Quecksilber in Flüssigkeiten, vereinfachte Methode zum Nachweis 31. — im Harn nach lokalen Sublimatbädern (Kopff) 45. — Untersuchungen über die Absorption und Elimination des dem menschlichen Organismus einverleibten (Welander) 90. — Einfluſs auf das Hinausschieben der Symptome und als ein Antidot bei Syphilis (Hutchinson) 576. — bei Syphilis, über die Anwendung des (Milner) 675.
Quecksilberaufnahme, Verhältnis zwischen den durch äufsere Applikation und den durch interne entstehenden Hautausschlägen (Lesser 1098.
Quecksilberbehandlung der Syphilis, chronische (Caspary) 367. — subkutane (Ledermann) 1122.
Quecksilbereinspritzungen, einige allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung der Syphilis mittels (Rosenthal) 1102.
Quecksilberoleat bei Pemphigus 475.
Quecksilbervergiftung, Anästhesie der Haut infolge von (Freney) 577.
Quecksilbersalicylat bei Syphilis (Araujo) 629.
Quecksilberbehandlung der Syphilis, der Weg zur Klarstellung der rationellen Grundlagen der (Stukowenkow) 846.
Quecksilbermengen, eine Modifikation der Schneiderschen Methode zum Nachweis minimaler (Lantz) 852.
Quecksilberoxydinjektionen s. Injektionen.
Quellkraft der Rhodanate und die Quellung als Ursache fermentartiger Reaktionen (Meusel) 46.
Quetschung, Purpura nach (Mackay 83.

Raynaudsche Krankheit 570.
Reagenzien auf aktiven Sauerstoff, neue 393.
Reaktionen, Quellung als Ursache fermentartiger (Meusel) 46.
Realencyklopädie der gesamten Heilkunde von Eulenburg 364. 1005.
Reglementation der Prostitution, zur Geschichte der gesellschaftlichen Bewegung im Westen Europas und Amerikas gegen (Okorokow) 855.
Rektum, frühzeitige Syphilis des (Jean) 1113. — 4 Fälle von spätsyphilitischen Läsionen des (Taylor) 577.
Relatorio apresentado em 1887 as Dr. Provedor do Imperial Hospital dos Lazaros (Lima) 1008.
Resorcin bei Ekzem (Chase) 66. 173. — bei Hautepitheliom (Jaja) 627. — Ichthyol, Lanolin bei Hautkrankheiten, Klinische Bemerkungen über den Wert des (Stelwagon) 66. — klinische Studie über das (Callias) 938.

Retention des Urins, über zeitweilige Überanstrengung der Blase als Ursache lokaler Atonie und chronischer (Otis) 1014.
Retraktion des Penis (Ivanoff) 571.
Riesenurticaria *E.-H.* I. 40.
Ringworm (Foulis) 575.
Rhachitis, kongenitale oder hereditäre Lues? (Herz) 765.
Rheumatische Purpura (Assumpçao) 570.
Rheumatismus, akuter, mit Erythema multiforme bullosum (Benhem) 180. — und Erythema nodosum (Patteson) 378.
Rhinophyma (Gamberini) 285.
Rhinosklerom (Payne) 574. — zur Therapie des (Doutrelepont) 314.
Rhizopoden in der normalen Lymphe 192.
Rhodanate, Quellkraft der (Meusel) 46.
Rhus aromatica gegen Enuresis nocturna (Unna) 45.
— toxicodendrum, Behandlung der Vergiftung durch (Morrow) 570; (White) 574; (Regensburger) 580.
Rhusintoxikation, Behandlung (Guire) 624.
Röteln mit nachfolgenden Masern bei 3 Kindern (Wolberg) 131; (Tilden) 133; (Brown) 681. — und Rubella (Atkinson) 1124.
Rosacea hypertrophica (Jackson) 228. — Ichthyolseife bei 175.
Rosaniline und Pararosaniline (Unna) 64. *E.-H.* I. 1.
Roseola syphilitica annularis (Mansurow) 367.
— squamosa (Pityriasis rubra) in ihren verschiedenen Formen (Chapard) 570.
Rubella und Röteln (Atkinson) 1124.
Rückenmark, Beitrag zum Studium der vom R. ausgehenden Hautkrankheiten, welche von peripheren Nervenerkrankungen abhängen (Masurel) 891. — über die bei der anästhetischen Lepra im R. vorkommenden Bacillen (Chassiotis) 1039.
Rundwurm s. Ascaris.
Rupia syphilitica, rechtsseitige (Knoche) 135. — als erster allgemeiner syphilitischer Ausschlag (Seveke) 41.
Rufsland, gegenwärtiger Stand der Dermatologie in (Polotebnow) 42. — Verbreitung der Hautkrankheiten in (Schadek) 43. — Lepra im Süden von (Münch) 854.

Saccharomyces ovalis s. capillitii bei Pityriasis capitis 180.
Säuglinge, Erysipelas der (Atkinson) 884.
Salbenkörper, Sapo unguinosus und seine Anwendung als (Dieterich) 1068.
Salbensonde bei Behandlung der chronischen Gonorrhöe, die (Unna) 721.
Salicylpaste nach Lassar 221.
Salicylsäurekreosot-Pflastermull bei Lupus 181. — Vaseline bei Tylosis (Morison) 35. — Kreosotsalbe bei Lupus (Brooke) 181. — bei Schanker (Hebra) 35.
Salol, Erfahrungen über (Feilchenfeld) 414.
Salpingitis purulenta gonorrhoica mit gonokokkenhaltigem Eiter, Exstirpation (Orthmann) 527.
Salz in der Hygiene der Haut und in der Therapie der Hautkrankheiten (Piffard) 887.
Salzbäder bei Keloid 39.
Sammelforschung über Syphilis und ihre Behandlungsmethode, Einladung und Bitte an die Herren Kollegen zur Mitarbeit an einer (Köbner) 1131.
Sandelöl bei Gonorrhöe 32. 130.
Sandfloh als Ursache der Onychia ulcerosa (Carpot) 125. — Krankheiten durch den (Pugliesi) 139. — und die durch ihn verursachten Krankheiten (Guilloteau) 662.
Sapo unguinosus und seine Anwendung als Salbenkörper (Dieterich) 1068.
Sarcophaga canaria s. haemorrhoidalis 53. 56. 57. 58. 113.
Sacrophila magnifica 55. — Meigenii 57. — latifrons 57. — Wohlfarti 55. 106. 114. — Larven in der Nase 106.
Sarcoptes scabiei 125. 1085.
Sarkocele syphilitica, über mit

Entzündung und Schmerzen auftretende (Casine) 1112.
Sarkom, melanotisches, Spindelzellen- 182. — alveoläres Pigment- 182.
Sarkomatosis cutis (Perrin) 307.
Sauerstoff, neue Reagenzien auf aktiven 393.
Scarlatina 178. — Behandlung mit Hg-bijodid (Illingworth) 178. — mit Karbolsäure (Ashby) 178.
Schamlippe, Elephantiasis der rechten grofsen (Antal) 665.
Schanker, neue Fortschritte in der Behandlung des (Allen) 35. — Unterscheidungsmittel des Herpes vom infektiösen (Leloir) 88. — der linken Inguinalgegend, phagedänischer (Mencault) 91. — Diagnostik des venerischen 330. — Beitrag zum Studium des einfachen, einfacher papulöser (Baude) 614. — abortive Behandlung durch Excision des (Bouchet) 935. — diphtheritischer (Taylor) 1129. — des Uterus und seine Beziehungen zum einfachen Schanker der Vagina, nicht infektiöser (St. Avid) 1113.
Schankerähnliches Syphilom der Genitalien (Declercq) 471.
Schankerbubo, vereiternder, mit Bemerkungen über subkutane Behandlung (Helm) 133. — mit türkischem Schwamm behandelt 37.
Schankerexcision, über (Bockhart) 1102.
Scharlach und scharlachähnliche Ausschläge nach Verletzungen und Operationen (Atkinson) 1128. — zur Ätiologie des (Falkenheim) 817.
Schleimhaut und Haut, über Lichen ruber der (Bender) 1056.
Schleimhautpapeln in Larynx (Smolarski) 45.
Schmerzstillende Mittel, lokale, s. Anästhetika.
Schmierkur, Exitus letalis, infolge mifsbräuchlich gehandhabter (Braus) 806.
Schnitter, Katocheilitis der (Tommasoli) 631.
Schulbesuch und Area Celsi (Ollivier) 385.
Schwangerschaft, Erysipel während der, und sein Einflufs auf die Frucht (Duchein) 966. — und Geburt, Bedeutung der Syphilis für (Gröninger) 807. — und Syphilis (Legrand) 1001.
Schwefelhaltige Mineralwässer in der Behandlung der Hautkrankheiten (Rotureau) 432.
Schwitzbäder bei der merkuriellen Behandlung der Syphilis, die Bedeutung der (Frey) 76.
Sebastianus Petritius über den Tripper (Glück) 641.
Seborrhoea generalis oder Harlequin-Fötus (Sutton) 614. — Resorcin bei 67. — Was wissen wir von der (Unna) 698. 739.
Seborrhoisches Ekzem, das (Unna) 327.
v. Sehlensche Kokken bei Alopecia areata 72. 97.
Seifengeist, über (Unna und Mielck) 500.
Sekundäre Infektion bei Harnröhrentripper (Bockhart) 863.
Septikämie und Dermatitis multiformis durch Amenorrhöe verursacht (Kerr 326. — nach der Operation der Harnröhrenstriktur, eine seltene Form von (Taylor) 1021. — durch Fliegenmaden 108. 110.
Silberlösungen und Behandlung von Milzbrand mit antiseptischer. Wert der (Behring) 1059.
Simulies als Ursachen phagedänischer Geschwüre (Carpot) 125.
Sitz der gonorrhoischen Infektion beim Weibe (Steinschneider) 527.
Skarifikationen bei Keloid 39.
Skelett, oberflächliche Angiome als Entwickelungsstörung des (Duzea) 759.
Skerljevo (Zeissl) 485.
Skleroderma 574, Beitrag zum klinischen Studium des (Graham) 1127.
Sklerodermie, Beitrag zur Kenntnis der (Marty) 933.
— ähnliche Hauterkrankung nach einem Trauma (Touton) 1098.
Skleroma universale (Mansurow) 365.
— neonatorum (Agata) 770.
Sklerose der äufseren weiblichen Genitalorgane (Breisky) 570.
Sklerotinsäure bei Purpura 83.
Skorbut als Komplikation der Syphilis 41.
Smegma-Syphilisbacillen, färberische Eigentümlichkeiten der (Bitter) 118. 1094.

Sogenannte Mykosis fungoides (Tilden) 487.
Sonde, die Béniqué- (Feibes) 974.
Sondentherapie der Harnröhre (Sperling) 808.
Sozojodol, über (Lassar) 1099. 1121.
Spätsyphilitische Läsionen des Rektums, 4 Fälle von (Taylor) 577.
Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen, über ein kombiniertes Universalverfahren (Kühne) *E.-H.* III. 7.
Spasmodische Striktur, einige Bemerkungen über Diagnose und Behandlung der (White) 566.
Spezielle Krankheit der Unterlippe (Moretti) 630.
Spekulum, Mund- (Taylor) 1129.
Spermatorrhöe, über 30.
Spina ventosa beim Erwachsenen, ein Fall von (Arbaud) 563.
Spindelzellensarkom s. Sarkom.
Spirochätenform des Kochschen Kommabacillus im Gewebe des Choleradarmes (Kühne) 521.
Spontanfrakturen grofser Knochen bei Syphilitischen, Beitrag zur Knochensyphilis (Prévost) 473.
Sporen und Mycelfäden bei Alopecia areata (Schütz) 102.
Sporozoa, ein neuer Parasit des Pockenprozesses aus der Gattung (Pfeiffer) 435.
Spritze zur Behandlung der Urethritis (Finger) 171.
Spülapparat der Harnröhre, ein neuer (Lohnstein) 1121.
Stabiles Ödem, über (Lassar) 524.
Statistik der Blenorrhoea neonatorum, zur (Csapodi) 283.
Statistische Daten über Syphilis, über das Sammeln (Wilbuschewitsch) 852. — Untersuchungen über Augensyphilis (Lévallé) 565.
Steatit als Pastengrundlage 94.
Stechfliegen als Ursache phagedänischer Geschwüre (Carpot) 124.
Stigmata Maïdis im akuten Stadium der Gonorrhöe, Fluidextrakt von (Stuoer) 233.
Stirnbein, Osteosklerose des 332. — Nekrose des 376.
Stoffkatheter und -Bougies, deutsche elastische (Zeller) 320.
Stomatitis mercurialis (Campbell) 535.
Stomoxys calcitrans 59. 109
Strangurie nach Ol. terebinth. innerlich 176.
Stratum subepitheliale cutis *E.-H.* I. 56.
Streptokokken bei Erysipel 173. — bei Phlegmone 173. — pyogenes 173.
— bei hereditärer Syphilis (Chotzen) 371.
Striktur der Harnröhre, Beitrag zur Behandlung der (Kovács) 973.
— — eine seltene Form von Septikaemie nach der Operation der (Taylor) 1021.
— der weiblichen Harnröhre (Warker) 1066.
— der weiblichen Urethra (Hermans) 478.
— einige Bemerkungen über Diagnose und Behandlung spasmodischer (White) 566.
— der Urethra, kongenitale (Rusk) 672.
— — geheilt durch Post-prostatic-puncture, ein Fall von nicht zu passierender (Hickey) 673.
Struktur der Warze, histologische (Hanolle) 85.
Studie über Herpes genitalis beim Weibe und Manne (Pinto) 231.
Studien, experimentelle, zur Pathologie und Therapie der Gonorrhöe (Caspar) 319.
Subepitheliales, elastisches Netz *E.-H.* I. 55.
— Grenzschicht *E.-H.* I. 56.
Subjektive Osmidrosis (Foot) 478.
Sublimat bei Gonorrhöe 231.
Sublimatbäder, Hg im Harn nach lokalen (Kopff) 45.
Sublimatbehandlung des Lupus vulgaris (Woskressenski) 44.
Sublimatfrage, zur (Liebreich) 316.
Sublimatinjektionen bei Syphilis (Blosam) 380.
Sudamina crystallina 129.
Superfizielle Epitheliome, Behandlung von (Brocq) 1126.
Suspensorium, die neueste Form meines (Ihle) 153; (Unna) 207.
— nach Kohn 157.
Sykosis, Ichthyolseife bei 175. — Epilation bei 175. — Resorcin bei 67.

Sykosis. Impetigo und Furunkel, über die Ätiologie und Therapie der (Bockhart) 450.
Symmetrische Erkrankung der Hände und Füfse, drei Fälle einer eigentümlichen (Hyde) 884.
Sympathicus, Alterationen des, in einem Falle von Pemphigus, (Stefanini) 1052.
Syphilis (Hutchinson) 575. — Vorlesungen über Pathologie und Therapie der (Lang) 794. — deren Wesen, Verlauf und Behandlung, (Schuster) 1004. — Bericht über (Massei) 287. — Fall mit frischen Erscheinungen nach 64-jähriger Dauer (Krowczynski) 290. — gastrische (Gaillard) 539. — latente (Palmer) 623. — nicht venerische (Sherwell) 230. — ulcerosa cutanea (Ravogli) 1020.
— Prophylaxis und Therapie der (Bidenkap) 233. — Verbreitung im Anschlufs an die Mitteilung eines Falles von Excision der Initialsklerose, über die Quellen der (Tarnowski) 757. — Beitrag zum Studium der Pathogenese und ihrer abortiven Behandlung durch Excision des Schankers (Bouchet) 935. — abortive Behandlung (Mannino) 628. — chronische Quecksilberbehandlung der (Caspary) 367. — — Anwendung des Merkurs bei (Milner) 675. — der Weg zur Klarstellung der rationellen Grundlagen der Quecksilberbehandlung der (Stukowenkow) 846. — Kokain bei (Lustgarten) 419.
— subkutane Hg-Behandlung der (Ledermann) 1122. — mittels Quecksilbereinspritzungen, einige allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung der (Rosenthal) 1102. — mit Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze, über die Behandlung der (Watraszewski) 989. — über tiefe Injektionen mit Kalomel bei (Petersen) 853. — Behandlung mit Neisserschen Kalomelinjektionen (Reinhardt) 1060. — Behandlung mit Injektionen von Kalomel und Quecksilberoxyd 30. 431. 858. — Behandlung mit Einspritzungen von HgO (Rosenthal) 1102. — Behandlung mit Hg-Salicylat (Araujo 629. — Behandlung mit Hg-formamidatum 667. 847. — Behandlung mit Hg-tannicum (Parsons) 625. — Sublimatinjektionen bei (Blosam 380. — subkutane Injektionen von Jodpräparaten bei (Schadek) 289. — hypodermatische Anwendung des Hg carbolicum oxydat. 343. — innerliche Anwendung des Hg carbolic. oxydat. (Schadek) 195.
Syphilis, die Bedeutung der Schwitzbäder bei der merkuriellen Behandlung der (Frey) 76. — Wirkung heifser Luftbäder bei (Stepanow 726. — über die Ammenbesichtigung bezüglich der (Rasumow) 851. — im Gouvernement Kursk 1884/85, Verbreitung der (Popow) 856. — Kontagium der (Disse) 1062. — Begrenzung des kontagiösen Stadiums der (Otis) 225. 422. — Beiträge zu den Primäraffekten der (Margoniner) 491. — Einladung an die Herren Kollegen zur Mitarbeit an einer Sammelforschung über — und ihre Behandlungsmethode (Köbner) 1131. — über das Sammeln statistischer Daten über (Wilbuschewitsch) 852. — bei Tieren (Disse) 1101. — und Schwangerschaft (Legrand) 1001. — Immunität der Tiere gegenüber der (Poehl) 1103. — Infektion infolge von Auslecken der Augen (Teplaschin) 770. — Unität und Dualität der — historisch betrachtet (Milton) 276. — Abhandlung über die postkonzeptionelle (Legrand) 1001. — hereditärer Einfluſs der (Lancry) 90. — Bedeutung für Schwangerschaft und Geburt (Gröninger) 807. — Verlauf des Wochenbettes bei (Combes) 1114. — zur Frage der chron. Vergiftung durch (Rumpf) 976. — Beitrag zum Studium der die — erschwerenden Umstände (Taine) 1114. — über den Ausgang der Hirnzufälle bei (Gaudichier) 1000. — Pharynxstenose bei konstitutioneller (Ducrey) 185.
— der Lunge, Trachea und Bronchien (Schech) 418. — des Rektums, frühzeitige (Jean) 1113. — d. Nervensystems (Renzi) 632. — des Unterkiefers (Chapaud) 626. — der Brust

(Claude) 1001. — der Leber und Milz, patholog. Anatomie der (Ducrey) 185. — der Placenta (Gascard) 623.
Syphilis, Beziehungen zur Tabes dorsalis (Andronico) 814; (Neumann) 1122. — und Krebs (Doutrelepont) 1103; (Lang) 80. — und Albuminurie 184. — Amblyopie während der kondylomatösen Periode (Tomaschevski) 855. — Geschwüre durch spontanen Brand der Haut in späteren Stadien (Klotz) 927. — und Hämoglobinurie (Murry) 91. — mit Hautausbrüchen auf einer Hälfte des Körpers (Falcone) 812. — chronische Nephritis bei 184. — und Skorbut (Thur) 41.
— Bacillen bei (Doutrelepont) 371; (Giletti) 285; (Bitter) 118.
— haemorrhagica, zur Kenntnis der (Horovitz) 325.
— neonatorum (Mraček) 372. — Beitrag zur Kenntnis der (Andronico) 187. — Zwei Beobachtungen der (de Luca) 187.
— hereditaria (Owen) 677; (Barduzzzi) 813. — Kasuistische Mitteilung (Lemonnier) 185. — die ersten Symptome der (Müller) 849. — des Auges (Trousseau) 383. — der Zunge (Orwin) 476. — Beziehungen zur englischen Krankheit (Gaillard) 539. — od. kongenitale Rhachitis (Herz) 765.
— — tarda (Wolff) 218. — Paresen, Idiotismus (Mansurow) 365. — Streptokokken bei 371.
— pigmentaria (Bockhart) 13; (Fisson) 996.
Syphilitische Affektion der Lunge (Pokrowski) 725. — auf der Schleimhaut der Mundhöhle, über die Formen der Entstehung der primären (Beloussow) 848.
— Krankheiten, welche Garantien bieten die Staaten, dafs die prakt. Ärzte vollkommen versiert sind in der Kenntnis und Behandlung der (Lang) 977.
— — des Magens (Gouzot) 561. — der oberen Luftwege (Newman) 479. — Handbuch der (Breda) 1055.
Syphilitischer Initialaffekt der Fauces 476.
Syphilitische Verengerung der Trachea (Sokolowski) 977.
Syphilitische hyperplastische Laryngitis (Jacob) 674.
Syphilitisches Geschwür der Conjunctiva (Ottava) 284. — im inneren rechten Augenwinkel, durch ein Binokel verursacht (Falcone) 813.
Syphilitische Gummata der Nase (Scarenzio) 1050.
— Herzneurose (Sitone) 287.
— Keratitis, Formen der (Hagen-Torn) 854.
Syphilitisches Koma (Althaus) 321.
Syphilitische Nekrose des Stirnbeins (Molnár) 376.
— Osteosklerose des Stirnbeins (Viti) 332.
— Krankheiten, kasuistische und differentialdiagnostische Mitteilungen über akute Leberatrophie bei (Lewin) 1103. — Wochenbett bei (Combes) 1114.
— Psoriasis (Mauriac) 539.
Syphilitisches Virus, eine langwierige Inkubation des (Falcone) 813.
Syphilitische multiple Wurzelneuritis (Kahler) 764.
— Zahndifformität, Beitrag zur (Otte) 323.
Syphilitisch veränderte Zähne als prognostisches Zeichen bei erworbener Syphilis (Molodenkow) 725.
Syphilitiker, Eigenschaft des Harnes der (Poehl) 1103.
Syphilom, diffuses, hypertrophisches (Bidon) 1116. — der Genitalien, schankerähnliches (Declercq) 471.
Syphiloderma des Gesichts, wucherndes (Allen) 536.

Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten (Behrens) 1006.
Tabes durch antisyphilitische Kur geheilt (Kwizinski) 41. — Beziehungen zur Syphilis (Andronico) 814; (Neumann) 1122.
Taenia solium 161.
Talgdrüsen, zur Physiologie d. (Joseph) 411. — und Hauthörner (Sutton) 613.
Talgdrüsenkrankheiten 269.
Tanninbehandlung d. eingewachsenen Nagels 180.
Teigne achromateuse 70. — decalvante 70. — et Teigneux (Feulard) 68.

Teleangiektasia circumscripta 176.
Temperatur bei Erysipelas, über den Gang der (Marcus) 758.
Terpentin bei Purpura 83.
Terpentinöl s. Ol. Terebinthinae.
Terra silicea s. Kieselgur.
Tetanus durch Sandflöhe 139.
Tiersyphilis (Disse) 1101.
Tinctura Hamamelis virginicae s. Hamamelis virginica.
— Moschi s. Moschustinktur.
Tinea s. Herpes tonsurans.
— favosa s. Favus.
Tischlerleim bei Verbrennungen und Verbrühungen (Krassowski) 571.
Thätigkeit der Findelhäuser in Petersburg und Moskau (Michailow) 855.
Theorie der Färbung, chemische 65. *E.-H.* I. 60.
Thermokauter bei Schanker 36. — bei Herpes zoster (Ricketts) 233.
Thyreoidea s. Glandula thyreoidea.
Tod infolge von Gonorrhöe (Post) 767.
Tonsille, Initialsklerose einer (Rabitzsch) 528.
Tonsillenkrebs mit Hamamelis behandelt (Mackenzie) 177.
Tonsillenschanker, zur Geschichte der (Mahn) 234.
Torula bei Pityriasis capitis 180.
Toxikologie u. Pharmakologie (Lewin) 322.
Toxische Wirkung des Jodoforms (Taylor) 883.
Trachea, Erythema nodosum d. (Breda) 1051. — zwei Fälle von syphilitischer Verengerung (Sokolowski) 977.
Traumatische Orchitis und Epididymitis, Massage bei (Kurdjumow) 725.
Trichodektes 1092.
Trichophytie s. Herpes tonsurans.
Trichophyton tonsurans (Duclaux) 967; (Pelizzari) 1049; (Schütz) 101. — bei Alopecia areata 102. — Resorcin bei 66.
Trinidad, Report on Leprosy in (Rake) 968.
Tripper s. Gonorrhöe.
Tripperrheumatismus, Beobachtungen über den Gebrauch des Wintergrünöls bei (Taylor) 1015. — besonders bei den Frauen (Hartley) 1017.
Tripperspritze (Finger) 171.
Trockene Gangrän bei Typhus (Biquemare) 936.
Trophische Veränderungen und spontaner Ausfall der Nägel bei einer Hysterischen (Falcone) 332.
Trophoneurose der Haut durch Verletzung des N. medianus (Tilden) 1122.
Tuberkel- und Smegmabacillen, färberische Eigentümlichkeiten der (Bitter) 118.
Tuberkulöses Geschwür der Zunge (Jackson) 377. — der Vulva und Vagina, über den Befund ausgedehnter (Chiari) 324.
Tuberkulose der Haut, Fall von genuiner (Schwimmer) 665.; (Havas) 666. — und der äufseren Genitalien (Campana) 1049. — und Schleimhäute (Schwimmer) 367.
Tuberkulose des männlichen Genitalapparates (Simmonds) 219.
Türkischer Schwamm bei Schanker und Bubonen 37.
Tumoren der Fossa nasalis, Studie über die primären malignen (Laverie) 562. — Terpentin bei malignen (Vingt) 232. — wuchernde, des Beckenperitoneums von myxomatöser oder kolloider Beschaffenheit bei der Frau (Chevalier) 935.
Tylosis der Hände 33.
Typhus, trockene Gangrän bei (Bicquemare) 936.

Übertragbarkeit der Psoriasis auf Kaninchen (Tommasoli) 93.
Übertragung der Krätze von der Katze auf den Menschen (Perroneito) 631. — der Lepra auf Tiere, nochmals die (Campana) 809.
Ulcera cruris, Zinkleim bei (Bornemann) 476.
Ulceration, eine der Lepra ähnliche (Rake) 679. — in der Vulva und Vagina, Befund ausgedehnter tuberkulöser (Chiari) 324. — durch Sandflöhe 139. — bei Xeroderma 181. — gummöse, des Gaumens 186.
Ulcère annamite } s. Cochinchinage-
— de Saigon } geschwür.
— cachectique des pays chauds 139.

Ulcère des mauvais états généraux 139.
— phagédénique durch Sandflöhe 139.
Ulcus phagedaenicum durch Stechfliegen und Sandflöhe (Carpot) 125. 139.
Umsetzung, Hypothese der *E.-H.* I. 41.
Umstände, Beitrag zum Studium der die Syphilis erschwerenden (Taine) 1115.
Unangenehme Hautkrankheit, eine (Sherburne) 572.
Ungarn, Lichen ruber in (Róna) 870. 909. 959.
Unguentum hydrargyri e mollino paratum (Stepanow) 852.
Urethralirrigator (Petersen) 906.
Unität und Dualität der Syphilis, historisch betrachtet (Milton) 276.
Universalverfahren, Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen, über ein kombiniertes (Kühne) *E.-H.* III. 7.
Unnasche Färbungsmethode der elastischen Fasern, über die (Taenzer) 397.
— Sonden, zum Gebrauche der 255.
Unregelmäfsigkeiten d. Pigmentation, einige (Yemans) 1063.
Unterkiefer, Beiträge zum Studium der Syphilis des (Chapaud) 626.
Unterlippe, spezielle Krankheit der (Moretti) 630.
Unterschenkelgeschwüre, Resorcin bei 66.
Untersuchung psoriatischer Haut, mikroskopische (Campana) 285. — betreffend Absorption und Elimination des dem menschlichen Organismus einverleibten Quecksilbers (Welander) 90.
Untersuchungsmethoden der männlichen Harnblase, physikalische (Nitze) 416.
Urethra, zur Endoskopie der (Posner) 526. — zur Sondentherapie der (Sperling) 808. — ein neuer Spülapparat der (Lohnstein) 1121. — Mifsbildung der (Poisson) 430. — zur operativen Behandlung der Dilatation und Erschlaffung der weiblichen (Engström) 1059. — Ausspülung bei Entzündungen der (Subbotin) 724.
Urethralstriktur, kongenitale (Rusk) 672. — Heilung einer nicht zu passierenden, durch Postprostaticpuncture (Hickey) 673. — Allmähliche Erweiterung, gefolgt von Abscessen an den Extremitäten (Bryant) 674. — beim Weibe (Warker) 1066; (Hermans) 478.
Urethrale Injektionen bei Gonorrhöe (Aubert) 570.
Urethritis, Apparat zur Behandlung der 171. — Pathologie und Therapie der chronischeu und akuten (Finger) 919. — tödlich endender Fall eiteriger Gelenkentzündung beim akuten Stadium der (Wyschemirski) 41.
Urethroskop, Aëro- (Antal) 695.
Urogenitalapparat, Melanosis des (Stein) 767.
Urticaria haemorrhagica, Fall von (Schwimmer) 376.
— unilateralis und Chorea dimidiata nach Gelenkrheumatismus (Róna) 283.
— simplex und pigmentosa, Beitrag zur Anatomie und Pathogenese der (Unna) *E.-H.* I. 1. — traumatica *E.-H.* I. 44. — communis, chronica et acuta *E.-H.* I. 45. — perstans *E.-H.* I. 45. — factitia *E.-H.* I. 46. — pigmentosa *E.-H.* I. 46.
Uvula, Schiefstand bei Alopecia areata 104. 303.

Vaccine, Fall von generalisierter (Kalischer) 1120. — und Variola (Garrè) 522.
Vaccination während der Inkubationsperiode der Variola (Welch) 925.
Vaccinekontagium und Impftechnik, neuere Arbeiten über (Piza) 248.
Vaginalschleimhaut, über Veränderungen von an chron. Gonorrhöe leidenden Prostituierten (Oberländer) 921.
Vaginitis, Opium-Kopaiv-Suppositorien bei akuter (Ball) 539.
Varicella, Parasiten im Bläscheninhalt von (Pfeiffer) 589. — einige Eigentümlichkeiten der (Comby) 939. — Mikroorganismen im Inhalt der (Guttmann) 522.

Varicen, Behandlung mit Karbolinjektionen (Stevensen) 178.
Variköse Unterextremitäten, klinische Studie über einige Hautläsionen an (Broca) 561.
— Venen s. Varicen.
Variola, über Vaccination während der Inkubationsperiode der (Welch) 925. — und Vaccine (Garrè) 522.
— vera, Proteiden oder Amöben bei (van der Loeff) 447.
Venenspasmus bei Urticaria *E.-H.* I. 38.
Venerische Krankheiten der Hebräer der biblischen Zeit (Hamonic) 184. 381. — Jodol in der Behandlung und Prophylaxis der (Bono) 187. — in Budapest (Iwoking) 279. — praktisches Handbuch der syphilitischen und (Breda) 1055.
Venerisches Geschwür beim Weib, seltenes Auftreten des (Bergh) 38.
Venerische Schanker, Diagnostik d. 330.
Ver de Cayor auf der Haut des Menschen (Carpot) 124.
Veränderungen der Haut, Versuche über einige entzündliche und neoplastische 93. — trophische, und spontaner Ausfall der Nägel bei einer Hysterischen (Falcone) 332.
Veratrinsalbe bei Alopecia areata 72.
Verband von Pergamentpapier 95.
Verbreitung der Hautkrankheiten in St. Petersburg (Polotebnoff) 42. — in Rufsland (Schadek) 43.
Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Kursk 1884 und 1885 (Popow) 856.
Verbrennungen und Verbrühungen, Tischlerleim bei (Krassowsky) 571.
Verdeckung des Jodoformgeruchs, zur (Neale) 683.
Verengerung der ganzen Harnröhre und Verknorpelung der Vorhaut und Phimosis congenita (Illés) 282. — der Trachea, zwei Fälle von syphilitischer (Sokolowski) 977.
Verfälschung d. Kubeben (Menier) 430.
Verfärbung der Haut bei vorhandener Lebercirrhose, besondere (Taylor) 535.
Vergiftung durch Rhus toxicodendron, Behandlung der (Regensburger) 580; (Morrow) 570; (White) 574.
Vergiftung durch Syphilis, zur Frage der chronischen (Rumpf) 976.
Verhältnis zwischen den durch äufsere Applikation und den durch interne Hg-Aufnahme entstandenen Ausschlägen (Lesser) 1098.
Verhalten des salpetrigsauren Natrons zum Hühnereiweifs und zum Farbstoff des Blutes (Wurster) 652.
Verhütung der Gonorrhöe 231.
Verknorpelung der Vorhaut, Phimosis congenita und Verengerung der ganzen Harnröhre (Illés) 282.
Verlust des Kopfhaars, eigenartiger Fall von (Lewinski) 141. 434.
Verpflanzung gröfserer Hautlappen (Ceci) 630.
Verrue dermique 183.
Versuche über einige entzündliche und neoplastische Veränderungen der Haut (Giovannini) 93.
Verteilung d. Leprabacillus (Rake) 480.
Vesikulöse Läsionen bei Pityriasis rubra (Morrow) 569.
Vesuvin im Gewebe, über Erzeugung von (Unna) 62.
Virus, eine langwierige Inkubation des syphilitischen (Falcone) 813.
Vitiligo acquisita syphilitica (Poelchen) 413.
— oder Leukoderma (Wessinger) 568.
— nervösen Ursprungs, über (Lebrun) 966.
Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis (Lang) 794.
Vulva, Esthiomène der (Nourry) 565.
Vulvarsyphilide, Behandlung der 581

Warzen (Heurtaux) 183. — Klassifikation der 183. — histologische Struktur der (Hanolle) 85. — Behandlung mit Salicylsäure (Vidal) 581.
Wert des Arseniks bei Hautkrankheiten, Frage nach dem (Hardaway) 578. — des Lanolins (Fox) 567.
Wesen der Lepra, über d. (Arning) 710.
Wilsonsche Krankheit s. Pityriasis rubra.
Wintergrünöl bei Tripperrheumatismus (Taylor) 1015.
Wirkungen und Nebenwirkungen des Ol. Ligni Santali ostindici (Rosenberg) 723. — heifser Luftbäder bei Syphilis (Stepanow) 726.

Wochenbett bei Syphilitischen, über den Verlauf des (Combes) 1114.
Wuchernde Tumoren des Beckenperitoneums von myxomatöser oder kolloider Beschaffenheit beim Weibe (Chevalier) 935.
Wucherndes Syphiloderm d. Gesichts (Allen) 536.
Wurzelneuritis, multiple syphilitische (Kahler) 764.

Xanthelasma (Bruchet) 888.
— multiplex (Köbner) 526.
Xanthom, über (Schwimmer) 664. — multiples mit Leberleiden kompliziertes (Stiller) 280.
Xeroderma (Bruchet) 181. — pigmentosum (Kaposi) 181.
Xylol bei Blattern, Heilwert des (Ötvös) 377.

Zähne, syphilitisch veränderte, als prognostisches Zeichen bei erworbener Syphilis (Molodenkow) 725.
Zahndifformität, Beitrag zu Hutchinsons syphilitischer (Otte) 323.
Zehennägel, eingewachsene (Smith) 83.
Zentralnervensystem, über einen Fall von Lues universalis, insbesondere des (Jastrowitz) 528.
Zinksalbe (Rother) 94.
Zirkumzision, Impftuberkulose nach (Elsenberg) 45.
Zunge, Krankheiten der (Butlin) 796. — zur Kenntnis der Fleckenaffektion der (Winternitz) 895. — tuberkulöses Geschwür der (Jackson) 377. — hereditäre Syphilis der (Orwin) 476.
Zungenangiome, Beitrag zum Studium der (Jullian) 563.
Zungeneruption, circinäre (Kinnier) 669.
Zungenfissuren und Leukoplakia buccalis, Keratosis follicularis verbunden mit (Morrow) 619.
Zweckmäfsige Anwendung d. Arseniks bei Hautkrankheiten (Keyes) 578.
Zwei neue Mollinpräparate als Ersatz der Jodtinktur und Jodkaliumsalbe (Kirsten) 201.

Namenregister.

Die römischen Zahlen beziehen sich auf die Ergänzungshefte. Die mit * bezeichneten sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von andern Autoren genannt.

Abbeville, Vesigne de 313.
Abernethey 729.
Abulcasis 562.
Ackermann, Mitteilungen über das Ichthyol 220.
Addison 934.
Agata, Munnes d' 770.
Alexander 1103.
Alibert 27. 70. 663. 701. 703. 744. 761. 892. 933. 934. 936. 1020. 1050. 1119. *E.-H.* II. 6. 7. 58. 99. 101. 141. 143. 152.
Allen, Chas. W., Dermatosen des Auges 568. 572.
— Molluscum contagiosum, eine Analyse von 50 Fällen 578.
— Neue Fortschritte in der Behandlung des Schankers 35.
— Wucherndes Syphiloderm des Gesichts 536.
— 429. 569. 956.
Alt, Konrad, Vereinfachte Methode zum Nachweis von Hg in Flüssigkeiten 31.
Althaus J., Koma syphiliticum 321.
— 976.
Alvarez 120.
Amiaud *E.-H.* II. 30. 53. 57. 61. 62. 65. 68. 76. 83. 86. 87. 88. 90. 93. 116. 141.
Amicis, Tomaso d', Über die Mykosis fungoides Aliberts 1049.
— 29. 308. 311. 692. 1050. 1051. 1052.
Amourette, H., Beitrag zum Studium des phagedänischen Geschwürs der Tropen, besonders am Senegal beobachtet 661.
Anderson, M'Call 679.
Andree 370.
Andrillard *E.-H.* II. 56. 90. 94.
Andriller *E.-H.* II. 10.
Andronico, Carmelo, Beziehungen der Tabes zur Syphilis 814.
Andronico, Hämorrhagische Syphilis der Neugeborenen 187.
— 769.
Antal, Géza von, Elephantiasis der rechten grofsen Schamlippe 665.
— Elephantiasis verrucosa 666.
— Aëro-Urethroskop 695.
Aphentoulis, Th. 1041.
Apolant 327.
Apolinario 934.
Appel, J., Referate 121. 218. 219. 276. 285. 289. 325. 488. 521. 1003. 1023.
— 255. 258. 260. 721.
Araujo, Silva, Behandlung der Syphilis mit Quecksilbersalicylat 629.
— 123. 557.
Arbaud, Achilles, Ein Fall von Spina ventosa beim Erwachsenen 563.
Arcari, Angelo 289. 346.
Argustinsky *E.-H.* II. 121.
Aristoteles 52.
Arlt *E.-H.* II. 85.
Armanni 1049.
Armstrong 677.
Arnheim 731.

Arning, Eduard, Über das Wesen der Lepra 710.
— 714. 717. 718. 719. 934. 1040.
Arnold, Hautstriemen bei Epileptikern 940.
Arnozan 123. 313. 314.
Arragon 563.
Ashby, Behandlung des Scharlachs 178.
Assumpçao, R. T. de, Rheumatische Purpura 570.
Astruc 641.
Astuce 1002.
Atkin, Perforierende Geschwüre 81.
Atkins, W. M. B., Milzbrandepidemie zu Guelph 1064.
Atkinson, J. E., Erysipelas der Säuglinge 884.
— Scharlach und scharlachartige Ausschläge nach Verletzungen und Operationen 1123.
— Über Rubella oder Röteln 1124.
— 886. 887. 996. 1124.
Aubereau 562.
Aubert, M., Urethrale Injektionen bei Gonorrhöe 570.
— 36. 795.
Auspitz 9. 132. 256. 263. 278. 310. 325. 345. 364. 484. 488. 496. 746. 752. 886. 950. 957. 1006. 1024. 1026. *E.-H.* I. 26. 27. 28. 29. 32. 38. *E.-H.* II. 2. 5. 8. 10. 19. 30. 31. 35. 52. 60.
Avid, M. de St., Studie über den nicht infektiösen Schanker des Uterus und seine Beziehungen zum einfachen Schanker der Vagina 1113.
Awsitidiski, Natron salicylicum innerlich gegen Tripper 41.
Axe 822. 1027.

Babes, V., und A. Irsai, Experimentelle Beiträge zur Lehre der Beziehungen des Nervensystems zu den krankhaften Veränderungen der Haut 279.
— Myome der Haut 282.
— 665. 761. 1041. 1045.
Baelz 23. 325. *E.-H.* II. 42. 46. 61. 89. 92. 119.
Baerensprung 105. 306. 699. 707. 708. 709. 740. 1021.
Baeumler 20. 544. 1109.
Baker, Morrant *E.-H.* I. 11.
Balbiani 436.
Ball 934.
Balzer 431. 888. *E.-H.* I. 52. 56. 57. 61. *E.-H.* II. 140.
Bamberger 737.
Banti 1052.
Barbás 283.
Barbillion, Zustand der Hautempfindlichkeit beim Gelenkrheumatismus 940.
— Chloralhydrat-Erythem 941.
Bardeleben 1054.
Bardenheuer 7.
Barduzzi, B. 235.
Barduzzi, D., Über Erbsyphilis 813.
— 769.
Bareggi 248. 439.
Barlow *E.-H.* I. 9.
Bartez *E.-H.* II. 116.
Barthélemy 537. 751. 753.
Bartholow, Impotenz 232.
Barts 439.
Barudel *E.-H.* II. 102.
Bateman 70. 580. 703. *E.-H.* II. 2. 3. 14. 24. 54.
Baude, O., Beitrag zum Studium des einfachen Schankers, einfacher papulöser Schanker 614.
Baum 497.
Baumgarten, P, Lehrbuch der pathologischen Mykologie 217.
— Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen 1007.
— 1105.
Bazin 28. 70. 138. 310. 424. 425. 429. 570. 892. 927. 935. 1018. 1021. *E.-H.* II. 12. 24. 52. 83. 127. 141. 142. 144. 150.
Beale, Keimzellen 225.
Behier 937. *E.-H.* II. 93.
Behrend, G., Doppelseitiger recidivierender Herpes zoster faciei 315.
— Über die klinischen Grenzen der Alopecia areata 315.
— Über die Veränderung der Haare bei der Alopecia areata 130. 1101.
— Vorstellung eines Falles einer noch nicht beschriebenen Hauterkrankung (Phlyctaenosis aggregata) 857.
— 99. 103. 299. 327. 364. 475. 745. 1006. 1096. *E.-H.* II. 5. 11. 12. 13. 14. 15. 19. 59. 60. 83. 86. 101. 142. 143. 153.

Behrens, W., Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten 1006.
Behring, Antiseptischer Wert der Silberlösungen und Behandlung von Milzbrand mit Silberlösungen 1059.
Beissel, Referat 796.
Beloussow, Über die Formen der Entstehung der primären syphilitischen Affektionen auf der Schleimhaut der Mundhöhle 848.
Bender, Max, Über die Alopecia areata 98.
— Über die Ätiologie der Alopecia areata 71.
— Über Lichen ruber der Haut und Schleimhaut 1056.
Benham, Akuter Rheumatismus mit Erythema multiforme bullosum 180.
Beniqué 925.
Bennet 1113.
Béranger-Ferrand 117. 124.
Bérard 564.
Berestowski 847.
Beretta 162.
Berezarsky, Jul. 796.
Bergeron 69. *E.-H.* II. 26.
Bergh, R., Jahresbericht der syphilitischen Abteilung zu Kopenhagen 37.
— 410.
Bernard, Claude 499. 774.
Bernatzik 364. 1006.
Bernutz 565.
Bertini 1052.
Bès *E.-H.* II. 29. 141.
Besnier, E., Behandlung der Syphilis durch subkutane Kalomelinjektionen 431.
— Chronisches Ödem der Lider und Ekzem der Nase 580.
— 72. 105. 137. 888. 890. 891. 1125. *E.-H.* II. 12. 24. 25. 26. 27. 28. 84. 98. 99. 141. 144.
Bétin 937.
Bianchi 177. 1052.
Bicquemare, H., Die trockene Gangrän beim Typhus 936.
Bidault, H. Lupus kompliziert mit Epitheliom 1053.
Bidder, A., Über die Abortivbehandlung des Furunkels mittels parenchymatöser Injektionen 524.
Bidenkap, An Abstract of Lectures on Lepra 653.
Bidenkap, Prophylaxis und Therapie der Syphilis 233.
— 629.
*Biedert, F., Über Morbilli atorum und Immunität gegen Masern 10.
Bienstock *E-H.* I. 69.
Biermer 1109.
Biesiadecki. 20. 311. 897.
Biett 70. 478. 699. 703. 704. 709. 892.
Biggs 81.
Bilharz 122.
Billroth 761. 779.
Birch-Hirschfeld 364. 439. 10
Bitter, Heinrich, Über Syphil- und Smegmabacillen, nebst Bemerkungen über die färberischen Eigentümlichkeiten der Smegma- und Tuberkelbacillen 118.
— *E.-H.* I. 72.
Bizzozero 72. 98. 825. 1049.
Blackley *E.-H.* II. 150.
Blackwich 814.
Blanchard 117.
Blandin-Nuhn 81.
Blaschko, A., Herpes digitalis 80
Blix 301.
Blosam, Sublimatinjektionen bei Syphilis 380.
Bloxam 346.
Bluett, Jodoformstifte 676.
Blumenstock 364.
Blyth, A. W., Versuche über die Desinfektionsmittel, angestellt nach den neuen Methoden 187.
Blythe, W. H. 624.
v. Bobadella 237.
*Bockhart, Max, Über sekundäre Infektion (Mischinfektion) bei Harnröhrentripper 863.
*— Über Pigmentsyphilis 13.
*— Über die Ätiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und der Sykosis 450.
— Referat 521.
— 145. 146. 148. 430. 571. 847. 923 1017. 1102. *E.-H.* III. 38.
Boeck 381. 593.
— Fr. 306.
Böhmer 66.
Boek und Danielssen 658. 659. 660. 661.
Boer, Zur Biologie des Favus 809.
— 986.

Bogajevski, Peliosis rheumatica 44.
Bogorodizki, Behandlung der Psoriasis 43.
Boguljubow 691.
Bohn 451. 745.
Bókai jr. 963. 964.
Bonnes 1116.
Bonnière, C. de, Beitrag zum Studium der sogenannten foudroyanten Gangrän der männlichen Genitalien 763.
Bono, Jodol bei venerischen Krankheiten 187.
Bonome 768.
Bordeau 937.
Bordoni-Uffreduzzi, Über Kulturen des Leprabacillus 768.
— 98. 825.
Boriani, Luigi 195.
Bornemann, Ulcera cruris 476.
Borysiekienvicz 284.
Botkin *E.-H.* II. 46. 121.
Bouchard 761.
Bouchet, Beitrag zum Studium der Pathogenese der Syphilis und ihrer abortiven Behandlung durch die Excision des Schankers 935.
Bouchut 480. 934.
Bouillaud *E.-H.* II. 87.
Bouisson 563.
Bourdeaux, Wirkung des Exstract. fluid. Quebracho bei lokaler äufserer Applikation 1068.
Bourdon, H. S. *E.-H.* II. 30.
Bourell 474.
Bourgeois, A., Behandlung der Gonorrhöe mit antiseptischen Einspritzungen 538.
— 936.
Bourguet 937.
Bourguignon 631. 1090.
Boutonnier und du Cazal, Behandlung von Psoriasis mit Chrysophansäure 538.
Boxael 676.
Boyer 763.
Bowermann 80.
Bowmann *E.-H.* II. 151.
Brand 327.
Brandt 345. 759.
Brauer 159. 162.
Braus, O., Exitus letalis infolge mifsbräuchlich gehandhabter Schmierkur 806.
— 975.
Brazil, Mourra 629.
Breda, Achille, Anatomischer Befund in einem Falle von Erythema nodosum am Larynx, an der Trachea und am Hoden 1051.
— Praktisches Lehrbuch der venerischen und syphilitischen Krankheiten 1055.
— 769. *E.-H.* II. 141.
Brégeal, Beitrag zum Studium der Gummata des Penis 999.
Breisky, Sklerose der äufseren weiblichen Genitalorgane 570.
Brieger *E.-H.* II. 37. 49. 50.
Bright 760.
Brinton, John W., Horngewächs am Penis 1065.
Bristowe, Purpura 570.
Broca, Benjamin, Klinische Studie über einige Hautläsionen an varikösen Unterextremitäten 561.
— 314. 1112.
Brochin *E.-H.* II. 83.
Brocq, L., Behandlung der Hypertrichosis 84.
— Lichen ruber 88.
— Pathogenese der Dermatosen 537.
— Behandlung der Keloide mittels Elektrolyse 942.
— Behandlung des Lupus vulgaris 1125.
— Behandlung des Lupus erythematosus 1125.
— 28. 40. 185. 384. 538. 580. 1124. *E.-H.* II. 144. 145.
Brodie 779.
Bronn 435.
Bronson, Ed. Bennet, Erythanthema syphiliticum 132. 1123.
— 229. 230. 429. 535. 886. 1124. 1129.
Brooke, H. G., Behandlung des Lupus 181.
— Referate 81. 177. 379. 476. 674.
— 625.
Brown 822.
Brown, Haig, Röteln 681.
Brown, F. Tilden, Röteln 133.
— Referate 132. 173. 232. 327. 669. 767. 1002. 1014. 1063.
Bruchet, P., Xeroderma 181.
— S., Xanthelasma 888.
Brujew 44.
Brunton, L. 675.
Brusasco 1092.

Bryant, J. D., Allmähliche Erweiterung einer Harnröhrenstriktur, gefolgt von Abscessen an den Extremitäten 674.
Brysdale 996.
Buchin, Marcel, Pelade 481.
Buchner 97.
Buchwald 183.
Buck, W. E. 625.
Budd 824.
Budsko, W., Naevus pigmentosus permagnus s. Nigrismus partialis 586.
Bulkley, L. D., Akne 266.
— Behandlung des Nagelgeschwürs ohne Einschnitt 1065.
— Ein Fall von Lichen planus 1129.
— Klinisches über Pruritus 884.
— Über das Bestehen der Dermatitis herpetiformis als selbständige Krankheit 425.
— 101. 230. 578. 745. 886. 950. 951. 1018.
Bumm, Über gonorrhoische Mischinfektion beim Weibe 1111.
— 922. 1112.
Bumstaed 927.
Burger, Jul., Herpes Zostereruption während des Arsenikgebrauchs 576.
Burke 1082.
Burshinski, Versuche mit Lanolinsalben 43.
Butegnat 934.
Butlin, T., Krankheiten der Zunge 796.
— 308. 314.
Butruelle 313.
Butruille 314.
Byrne, O' 1075.

Calandruccio, S. 162.
Callias, Hippocrate 938.
Cameron 821.
Campana, R., Behandlung der Angiome 430.
— Histologie der Psoriasis 285.
— Nochmals die Übertragung der Lepra auf Tiere 809.
— Tuberkulose der Haut und der äufseren Genitalien 1049.
— 1039. 1051. *E.-H.* II. 114. 141.
Campbell, Stomatitis mercurialis 535.
Camphausen 814.
Cantani 769. *E.-H.* II. 162.
Canturie 996.
Canz 201.
Carpot, Ch., Bemerkungen über die die Haut penetrierenden Parasiten in den Tropen und besonders am Senegal 124.
Carry 888.
Cartaz 1.
Casabianca 562.
Caspar, L., Experimentelle Studien zur Pathologie und Therapie der Gonorrhöe 319.
— 256. 259. 722. 723. 925.
Caspary, Chronische Quecksilberbehandlung der Syphilis 367.
— 924.
Caspodie, Steffan, Statistik der Blenorrhoea neonatorum 283.
Cassine, Über mit Entzündung und Schmerzen auftretende Sarkocele 1112.
Cataneus 544.
Cauvet 123.
Cazal, du, Behandlung der Psoriasis mit Chrysophansäure 538.
Cazenave 70. 478. 698. 699. 703. 704. 745. 753 892. 935. *E.-H.* II. 48.
Ceci, Verpflanzung gröfserer Hautlappen 630.
Celsus 54. 759.
Chabaud, F., Beiträge zum Studium der Syphilis des Unterkiefers 626.
Chalvet 934.
Chalybaeus 254. 442. 445.
Chambard 888. 889.
Chamberlain 966.
Chapard, Albert, Roseola squamosa in ihren verschiedenen Formen 570.
Charcot 234. 305. 891. 934.
Chardin 942.
Charlouis *E.-H.* II. 61. 83. 142. 151.
Chassaniol 123.
Chase, H. P., Resorcin bei Ekzem 173.
Chasseriaud 139.
*Chassiotis, D., Über die bei der anästhetischen Lepra im Rückenmarke vorkommenden Bacillen 1039.
Chausit *E.-H.* II. 99.
Chevalier, A., Wuchernde Tumoren des Beckenperitonäums von myxomatöser oder kolloider Beschaffenheit bei der Frau 935.

Cheyne 178.
Chiari, Tuberkulöse Ulceration in der Vulva und Vagina 324.
Chomel, M. 86. *E.-H.* II. 100.
Chotzen, Streptokokken bei hereditärer Syphilis 371.
— Gewebsveränderungen bei subkutanen Kalomelinjektionen 1101.
— 923.
Chouppe, Morphiumexanthem 327.
Ciammician 132.
Ciarocchi 236.
Clarke, Fairlie 563.
Claude, Über Syphilis der Brust 1001.
Claverie, Alb., Studie über die primären malignen Tumoren der fossa nasalis 562.
Cloquet, M. J. 53. 759.
Cluni, Poncet de 313.
Coato 308.
Cobbold 122. 1012.
Cockburne 641. 642.
Coeubs, A., Beitrag zum Studium des elephantiastischen Lupus 997.
Cohn 1112.
— A. 11.
— Leopold 297.
Cohnheim 11. 788. *E.-H.* I. 25. 26. 32.
Collier 103. 779.
Combes, Über den Verlauf des Wochenbettes bei Syphilitischen 1114.
Comby 940.
Comessati, Behandlung der Krätze 232.
Conil, P. A. 116.
Conillebault, Leop., Herpes parasitarius im heifsen Klima und seine Behandlung mit Cassia alata 137.
Conquoin 1110.
Conti, A. ed S. Veraglia, Studio delle ghiandole cutanee e dei follicoli piliferi 720.
Conty 329.
Copland 760.
Corlett, W. T., Hautkrankheiten bei Gichtkranken 622.
Cornil 368. 474. 562. 565. 761. 966. 1041. 1045. *E.-H.* I. 26.
Costa, Martius 1011.
Coulaud *E.-H.* II. 10. 56. 57. 58. 61. 68. 83. 86. 87. 88. 90. 93. 116. 143. 153.
Coyne 562.
Cramer 459.
Cregy 565.
Crésienzo 759.
Creswell 996.
Crevaux 122.
Crippo, Harrison, Heilung des Pemphigus durch Quecksilberoleat 478.
Crispin 240.
Crocker, Radcliffe, Keloid 177.
— Innerlicher Gebrauch des Ol. Terebinth. 176.
— Einige Eigentümlichkeiten der Varicellen 939.
— 128.
Crudeli, Tommaso 367.
Cunha, da 237.
Cunningham 122.
Curcio 933. 934.
Curschmann 925. 1109.

Daehne 824.
Daehnhardt, Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus chronicus 893.
Daffner, Franz 262.
Dagrève *E.-H.* II. 90.
Damsch, Otto 1039.
Dandford 679.
Danielssen 716.
— und Boek 658. 659. 660. 661.
Dantec, le 130. 662.
Dauchez 308.
Davis, N. S. 336.
Dayot 560.
Dechambre 892. 937.
Declercq, Das schankerähnliche Syphilom der Genitalien 471.
Defrance 1095.
Degail, A., Beiträge zum Studium der fibrösschleimigen Polypen im hinteren Teile der Nasenhöhle 1116.
Dehio, Über die therapeutische Verwertbarkeit der subkutanen Kalomelinjektionen 770.
Dehn 718.
Dejerine 967.
Dekhuizen, D. M. C. *E.-H.* I. 73.
Delafond 1090.
Delaroche 731.
Delay 314.
Délétang 287.
Delmas 1113.
Delstauche 563.

Demargnay 563. 763.
Demarquay 563.
Demiéville 1003.
Demme, Zur Pathogenese der akuten multiplen Hautgangrän 1107.
— 1109.
Denucé, Maurice, Studie über die Pathologie und pathologische Anatomie des Erysipels 760.
Derobert, Acid. chrysophanicum bei Psoriasis 137.
Descays, G., Das Ekzem und seine Behandlung mit Mineralwässern 935.
Desjardins 368.
Desormeaux 416.
Detres 938.
Devergie 1054. *E.-H.* II. 12. 13. 24. 54. 55. 141. 154.
Dewévre, Kontagiöse und parasitäre Natur der Impetigo 38.
Diakonow, Pruritus hiemalis 44.
Diday 226. 227. 499. 795.
Dieckerhoff 1082. 1083.
Diemerbieck 933. 934.
Dieterich, Eugen, Sapo unguinosus und seine Anwendung als Salbenkörper 1068.
— 632. 1072.
Dieu, J., Über das Pseudolipom 998.
Dieulefoy 1113.
Dirner, Gustav, Malleus humidus des Menschen 281.
Disse, J., Kontagium der Syphilis 1062.
— Tiersyphilis 1101.
— und Taguchi 626.
Donnel, Mc. 934.
Donovani 675.
Dougall, John 249.
Doutrelepont, Bacillen bei Syphilis 371.
— Lupus und Hauttuberkulose 1096. 1117.
— Syphilis und Karcinom 1103.
— Therapie des Rhinoskleroms 314.
— 71. 681. 998.
Dovaine 998.
Doyon 795. 888. *E.-H.* II. 53.
Dubar 1002.
Dubois-Havenith, Zur Ekzembehandlung 85.
— Referate 627. 812. 1055.
— 182.
Duchein, Pierre, Über das Erysipel während der Schwangerschaft und seinen Einfluſs auf die Frucht 966.
Ducher, A., Kalte Bäder bei der Behandlung des Gesichtserysipels 759.
Duckworth, Dyce, Pastenbehandlung der Hautkrankheiten 676.
Duclaux, M., Trichophyton tonsurans 967.
— 764.
Ducleaux 138.
Duclos 68. 583.
Ducrey, Über eine neue Methode der Behandlung des Erysipels 632.
— Pharynxstenose infolge konstitutioneller Syphilis nebst patholog. Anatomie der Syphilis von Milz und Leber 186.
— Klinisch und pathalog. anatomischer Beitrag zur Kenntnis einiger Jodismuserscheinungen 285.
Dufour 934.
Duguet *E.-H.* II. 26. 30. 34. 83. 94. 141. 154.
Duhring, L. A., Pustulöse Form von Dermatitis herpetiformis 670.
— Zwei Fälle von typischer Dermatitis herpetiformis 671.
— 424. 425. 426. 427. 428. 429. 484. 679. 680. 746. 751. 753. 886. 887. 951. 958. 1018. 1128. 1129. *E.-H.* II. 116. 143.
Duncan 565.
Dunn, J. H., Fall von interessanter Neubildung der Haut 485.
Duplay 81. 313. 314. 562. 1113.
Duval *E.-H.* II. 20. 21.
Duzeu, R., Über einige durch oberflächliche Angiome hervorgerufene Entwickelungsstörungen des Skeletts 759.
Dymnicki 13.

Edenhuizen 731. 732.
Edington 819. 825. 827.
Eggeling und Ellenberger 1083. 1084.
Ehrlich 120. 480. 809. 810. 1050. *E.-H.* I. 35. 62. 64. 65. 70. 73.
Ehrmann 23.
Eichhorn 701.

Eichhorst 97. 101. 102.
Eisenlohr 718. 719.
Ellenberger 822.
— und Eggeling 1083. 1084.
Elliot, George T., Ein Beitrag zur Histologie und Pathologie der Hydroa herpetiformis 1018.
Elsenberg, Impftuberkulose nach Zirkumzision 45.
— Pityriasis rubra universalis 433. 896.
Emminghaus 934.
Engström, O., Zur operativen Behandlung der Dilatation und Erschlaffung der weiblichen Harnröhre 1059.
Erb 299. 779.
Escherich 466.
Esmarch 178. 728. 1054.
Estlander 313.
Eulenburg, Realencyklopädie 364. 1005.
— 364. 1006. *E.-H.* II. 30.

Faber, A. W. 1100.
Fairre, Joseph, Mal perforant 312.
Falcone, Theobald, Fall von konstitutioneller Syphilis mit Hautausbrüchen auf einer Hälfte des Körpers 812.
— Heilung des akuten Trippers ohne Komplikation, Gebrauch des Jodoforms 813.
— Syphilitisches Geschwür im inneren rechten Augenwinkel durch ein Binokel verursacht 813.
— Eine langwierige Inkubation des syphilitischen Virus 813.
— Nagelerkrankung bei Hysterie 332.
Falk 780.
*Falkenheim, H., Zur Ätiologie des Scharlachs 817.
Faludi, Géza, Behandlung des Erysipels 279.
Fauchon-Courty 314.
Fauvel 562.
Faxon 1091.
Fayard 313.
Fehleisen 761. 966.
Feibes, Die Beniqué-Sonde 974.
Feiler 248.
Feilchenfeld, L., Erfahrungen über Salol 414.
Fenger, C. 952.
Fereol *E.-H.* II. 53. 143.
Ferguson 410.
Ferrari, Syphilismikroorganismen 92.
— 795. 1052.
Feuerberg 891.
Feulard, Teigne et Teigneux 68.
Fick 779.
Fiedler *E.-H.* II. 98.
— Hugo 934.
Finger, E., Pathologie und Therapie der chron. und akuten Urethritis 919.
— Einfacher Apparat zur Behandlung akuter und subakuter Urethritis 171.
— Oedema indurativum 70. 368.
— 20. 496. 922. 923. 924. 925. 1097. 1102. *E.-H.* II. 48.
Firket 1097. *E.-H.* III. 33.
Fischer 303. 305. 442. 447. 779.
Fisson, J. de, Über Pigmentsyphiliden im allgemeinen und im besonderen über das primitive Pigmentsyphilid, beobachtet beim Weibe und beim Manne 996.
Fitz 8.
Flemming, W. 285. 401. 402. 404. 409. *E.-H.* I. 53.
Flesch *E.-H.* I. 35.
Fleury *E.-H.* II. 53.
Flügge, Die Mikroorganismen 217.
— 817.
Foot, Subjektive Osmidrosis 478.
Fontana 793.
Fontanelli 933. 934.
Förster 11.
Foester 934.
Forget 934.
Forster 731.
Fort, le 924.
Fouchet, O., 563.
Foulis, Ringworm 575.
Fournier, A. 122. 137. 184. 367. 368. 422. 423. 471. 472. 474. 725. 763. 764. 814. 891. 1000. 1001. 1113. 1114. 1115. 1116. 1124. *E.-H.* II. 10. 29. 116. 144. 145.
— Henri, Behandlung des Lichen planus 432.
— Referate 68. 327. 431. 481. 582. 938. 939.
Fox, Colcott, Lupus 476.
— Lichen annulatus serpiginosus 477.
— Raynaudsche Krankheit 570.

Fox, Colcott, Eine Nervenaffektion im Gefolge der Masern 678.
— 337. 837. *E.-H.* I. 11. 12. 13. 16.
— George Henri, Fall von Lymphadenom 1124.
— chirurgische Behandlung gewisser Hautkrankheiten 1064.
— Der Wert des Lanolins 567.
— Tilbury, Lepra maculosa 569.
— Wert des Arseniks bei Hautkrankheiten 570.
— Papillom des Unterarmes 229.
— Allgemeine Alopecie nach Keratosis pilaris 230.
— 126. 133. 530. 569. 578. 616. 624. 745. 1018. 1019. *E.-H.* I. 12. 13. II. 12. 20. 24.
Fox, F. 580.
Fränkel 865.
— Eugen *E.-H.* II. 48.
Frank-Winkel 1060.
Franke 936.
— E., Über Hauthörner 613.
Franks, K., Sublinguales Epitheliom 231.
Frédéricq 775.
Fremm 1126.
Freney 577.
Frerichs 562.
Freund, M. B. 252.
Frey, A., Schwitzbäder bei der Hg-Behandlung der Syphilis 76.
Friedberger 1095.
Friedländer 565. *E.-H.* III. 29.
Friedreich 985.
v. Frisch 294.
Fröhlich 759.
Fröhner 1092.
Frotte, La 37.
Fry, George, Sogenannte maligne Gewächse 231.
Fuchs 28. 705. 706. *E.-H.* II. 12. 13. 48. 85. 99.
Fuessen 327.
Fürbringer, Über Spermatorrhöe 30.
Fürst 222.
Funk, Referate 45. 290. 433. 795. 977.

Gaal *E.-H.* II. 97. 110.
Gabbi, Pigmentgenesis bei Morbus Addisonii 287.
Gad, J., 393. 394.
Gairdner 308.
Galen 759.
Gall, Akute Vaginitis 539.
Gaillard, Gastrische Syphilis 56.
Galliard 928
Gamberini, P., Herpes circinatus und Herpes iris 286.
— Rhinophyma 285.
— 195. 344. 358.
Gangolphe 474.
Gannet 488.
Gaol *E.-H.* II. 33.
Garré, C., Über Vaccine und Variola 522.
— 456. 464. 467.
Gascard, A., Syphilis der Placenta 623.
Gaucher 1039.
Gaudichier, Über den Ausgang der Hirnzufälle bei Syphilis 1000.
Gautier 537.
Gayon 319.
Geber, Herpes iris und circinatus 280.
— Epithelioma molluscum universale 281.
— 282. 364. 484. 664. 870. 963.
Gécé, Ichthyol in Pflasterform 571.
Geigel, A. 643.
Gellé, M. 473.
Gendrin 87.
Gerdy 562.
Gergens 782. 785. 786.
Gerhardt, Pseudopellagra 27.
— Über Erysipel 224.
— 16. 451. 864. 865. *E.-H.* II. 39. 41. 46. 59. 60. 61. 62. 87. 89. 90. 154.
Gerlach 1079.
Gerstäcker 106.
Gesett 80.
Gherardo, D. 195.
Giacomi 371. *E.-H.* I. 23.
Giacomini 720. 721.
Gibbes, H. 380.
Gibbons, Purpura urticans 570.
Gibert *E.-H.* II. 6. 7. 12. 58. 99. 141.
Gibout, Professionelle Dermatosen 87.
Gierke, *E.-H.* I. 43. 62.
Gilbert 310.
Giletti, A., Syphilisbacillen 285.
Gilibert *E.-H.* II. 113. 160.

Gillet 481.
Gintrac 934.
Giorgi *E.-H.* II. 56. 62. 88. 94.
Giovannini, S., Entzündliche und neoplastische Veränderungen der Haut 93.
— Mikroparasiten des Harnröhrentrippers beim Manne 186.
— Lebensthätigkeit der Hautelemente bei Entzündungen und Neubildungen 285.
Girand, E., Über Filaria sanguinis (Wucherer) 122.
*Glück, L., Helkose links — Bubo rechts — Allgemeine Syphilis 541.
*— Sebastianus Petritius über den Tripper 641.
Goeson 85.
Goetz 564.
Goffroy 332.
Goldenberg, Über Pediculosis 1120.
Goldscheider 301.
Goltz 781. 1051. *E.-H.* II. 84.
Gombault 967.
Gonzée 759.
Gosselin 564. 1113.
Gottheil, S., Bemerkungen über einen Fall von Lichen scrophulosus 530.
Gotthold 341.
Gottstein 371. *E.-H.* I. 13. 21. 22. 23. 42. 69. 70.
Goudot, J. 124. 159.
Gould, P. 674.
Gourtard 1116.
Gouzot, L., Beiträge zum Studium der syphilitischen Krankheiten des Magens 561.
Graham, J. E., Beitrag zum klinischen Studium des Sklerodermа 1127.
— 1124.
Gram 370. 459. 618. 1062. 1101. *E.-H.* I. 11. 12. 13. 23. 45. 46. 59. 60.
Grasset 934.
Grawitz 138. 967. 968. 986. 988. 1082.
Gray, A. 794.
Grazianski, S., Zur Frage über die Reglementation der Prostitution 686.
Greenough, Pediculosis 885.
— 1124.
Greeswell 1033. 1083.
Griesbach, *E.-H.* I. 71. 72.
Grimm 1091.
— J. *E.-H.* I. 66.
Grisolle 87. 934.
Grödinger 691.
Groeninger, Bedeutung der Syphilis für Schwangerschaft und Geburt 807.
Grossmann 1101.
Grube, E. 57.
Gruby 70. 97. 138. 1091.
Grünfeld, J., Polypen der Harnröhre auf endoskopischem Wege diagnostiziert und operiert 121.
— 364. 410. 562. 903. 1006.
Gruschezki 44.
Gubler 669. *E.-H.* II. 26.
Güterbock 1006.
Gugenheim 1113.
Guibout 41. 621. *E.-H.* II. 12.
Guillaumet 565.
Guilloteau, H., Über den Sandfloh und die durch ihn verursachten Krankheiten 662.
Guinand 499.
Guire, J. C. M. 624.
Gumella, J. 124.
Gurlt 699.
Gussenbauer 21.
Guttmann, P., Zur Kenntnis der Mikroorganismen im Inhalt der Pockenpusteln 859.
— Mikroorganismen im Inhalt der Varicellen 522.
Guyard, G., Beitrag zum Studium der Behandlung der Keloide 475.
Guyon 925. 1113.
Guyot 123.
Gyurmann 377.

Haberlandt, Brennesselstiche 335.
Hack, Wilh. 488.
Hadden 179.
Haen, de 641.
Haertel, H. 188.
Hagen 54.
Hagen-Torn, Die Formen der syphilitischen Keratitis 854.
Hahn, J. S. 759.
Hajek, Ätiologisches Verhalten des Erysipels zur Phlegmone 173.
Haller 642.
Hallopeau 310. 533. 575. 934.

Hamilton 395.
Hamonic, P., Venerische Krankheiten der Hebräer der biblischen Zeit 184. 381.
Hanolle, G., Histologie der Warze 85.
Hansemann 798.
Hansen, Armauer 1039. 1045.
Hardaway, W. A., Elektrolyse in der Medizin und Chirurgie 232.
— Bemerkungen über einen Fall exfoliativer Dermatitis mit bullösen Läsionen 1127.
— Entzündung der Haarfollikel in der Nase 1130.
— Ein Fall von multiplem Myom der Haut 488.
— 308. 572. 578. 652. 942.
Hardou, V. O., Hypertrophie der Nymphen 174.
Hardy, M., Behandlung der Furunkel 231.
— 138. 745. 934. 996. 1004. *E.-H.* II. 8. 10. 13. 14. 20. 26. 27. 52. 58. 83. 88. 127. 141. 142. 143. 150. 156. 157. 161. 164. 165.
Harley 122.
Harlingen, van 327. 746. 748. 749. 750. 751. 752. 755. 1128.
Harrison, A. J. 575.
Hartley, Frank, Tripperrheumatismus, besonders bei den Frauen 1017.
Harttung, Über die Neisserschen Kalomel-Ölinjektionen 528.
— 923.
Hartwig, P. 417.
Harvy 893. 935.
Hasleem, Alex. 996.
Haslund, Leukoderma syphiliticum 13.
— Behandlung der Psoriasis mit grofsen Dosen Jodkalium 896.
— Dermatitis diffusa nach Jodgebrauch 475.
— Syphilitische Initialaffektion der fauces 476.
— 864.
Haselt, van 794.
Hausmann 149. 231.
Havas, Adolf, Fall von Mykosis fungoides 663.
— Tuberkulose der Haut 666.
— Therapie des Lupus 278.
— Malleus humidus des Menschen 281.
— 377. 871. 874.
Haven, O. E., Behandlung des Krupp mit Karbolsäure 134.
Hayem 891.
Hayen 937.
*Hebra, Hans von, Hyperkeratosis subungualis 291.
*— Epitheliom auf psoriatischer Basis 1.
— 285. 364. 796.
— Ferd. 89. 105. 278. 366. 389. 428. 428. 429. 451. 467. 500. 502. 574. 616. 627. 699. 706. 709. 710. 739. 740. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 754. 759. 827. 839. 846. 876. 930. 934. 935. 950. 951. 952. 957. 958. 959. 962. 986. 1051. 1053. 1054. 1056. *E.-H.* I. 23. 24. 33. 40. II. 6. 7. 8. 10. 12. 28. 36. 49. 52. 60. 86. 87. 91. 99. 116. 135. 140. 142. 152. 165.
Heiberg, H., Lepra mutilans 234.
Heidenhain 774. 779.
Heimerling 967.
Heiter 565.
Heitmann 624.
Heitzmann, Louis, Abortivbehandlung von Furunkeln 1066.
— 484. 957.
Helferich, Zur operativen Behandlung der Elephantiasis 1110.
Helm, Der vereiternde Schankerbubo, mit Bemerkungen über eine subkutane Behandlungsmethode 133.
Henkel 933.
Henoch 14. *E.-H.* II. 23. 36. 141.
Herbland-Morins, Exanthem bei gastrischem Fieber 86.
Hering 631.
Hermans, Striktur der weiblichen Urethra 478.
Herodot 52.
Herxheimer, K. 401.
Herz, Max, Hereditäre Lues oder kongenitale Rhachitis 765.
Hesiod 51.
Heubner 928. *E.-H.* II. 35. 36. 39. 40. 42. 46. 61. 77. 94. 141. 154.
Heurtaux, Warzen 183.
Heydenreich 564.
Hickey, Ein Fall von nicht zu passierender Striktur der Urethra, geheilt durch Post-prostatic-puncture 673.
Hilaire 54.
Hildebrand 936.

Hillairet 142. 157.
Hiller 920.
Hiorth, Idiopathisches multiples Pigmentsarkom 234.
Hippokrates 562. 759.
Hirsch 389. 390.
Hochenegg 627.
Hochhalt 871.
Hochsinger 1098.
— und Kassowitz 184. 371.
— und Schiff, Leukaemia cutis 897.
Hoelder 643.
Hoffa 864.
Hoffmann, L., Referate 25. 71. 118. 130. 221. 314. 413. 522. 615. 721. 803. 856. 893. 970. 1117.
Hofmann, A. W. 245.
— E. 1006.
Hoggan, G. und F. E. 129. *E.-H.* I. 11. 12. 13. 14. 16. 18. 34.
Holst 1083.
Home 341.
Homer 52.
Honen, Th. L', Beiträge zum Studium des Cochinchinageschwürs 139.
Hopmann 562.
Horand, Besondere Ansteckungsform der Gonorrhöe 88.
Horovitz, Syphilis haemorrhagica 325.
— 23.
Horsley, V. 179.
Horteloup, Syphilitische Albuminurie 184.
— 934.
Horvath, Géza 282.
Hübsch *E.-H.* II. 48. 141.
Hüet *E.-H.* II. 20. 141.
Huel 180.
Hüter 761. 776.
Hugues 251.
Huguier 565.
Hunter, John 370.
Hüppe 1106.
Husemann 1006.
Huss 936.
Hutchinson, J., Morphoea 82.
— Melanotisches Nagelgeschwür 570.
— Syphilis 575.
— Hautflecke 379.
— Erysipel 379.
— 80. 128. 227. 230. 306. 323. 570. 572. 616. 726. 779. 1018. *E.-H.* II. 53. 127.
Hyde 533. 572. 955.
— J. N., Lichen annulatus serpiginosus 681.
— Mitteilung über das bullöse Exanthem nach dem innerlichen Gebrauch von Jodkalium 1129.
— Drei Fälle einer eigentümlichen symmetrischen Erkrankung der Hände und Füfse 884.
— 886.

Jaccod *E.-H.* II. 26.
Jackson, G. Th., Dysidrosis 126.
— Rosacea hypertrophica 228.
— Tuberkulöses Geschwür der Zunge 379.
— Allgemeine Chromophytosis 535.
— Praktische Abhandlung über die Krankheiten des Haars und der Kopfhaut 1002.
Jacob, Hyperplastische syphilitische Laryngitis 674.
Jaja, Fl., Beitrag zur Heilung des Epithelioms der Haut mit Resorcin 627.
Jalaguié 763.
Jamieson 827.
— und Edington 819. 824.
Janovsky, V., Referat 794.
— 410. 534.
Jaquet, L. 384.
Jarisch 279. 425.
Jastrowitz, Über einen Fall von Lues universalis, insbesondere des Zentralnervensystems 528.
Ivanoff, Retraktion des Penis 571.
Jean, Paul, Über frühzeitige Syphilis des Rectum 1113.
Jelzina 848.
Jennes 1094.
*Ihle, Max, Die neueste Form meines Suspensoriums 153.
— 207. 213.
Illés, S., Phimosis congenita und Verknorpelung der Vorhaut und Verengerung der ganzen Harnröhre 282.
Illingworth, Scharlachfieber mit Hg-bijodat. behandelt 178.
Intosh, Mc. 947.
Jörg 342.
Johne 822. 1085. 1087. 1090.
Johnson und Johnson 887.

Johnson und Seabury 887.
*Joseph, Gustav, Über Myiasis externa dermatosa 49. 106. 158.
*— Max, Über die neuen Agenzien auf aktiven Sauerstoff 393.
— Zur Physiologie der Talgdrüsen 411.
— Zur Ätiologie der Alopecia areata 98.
— Referate 613. 652. 720.
— 73. 104. 141. 304. 305. 385. 629. 726. 727.
*— und C. Wurster, Über das Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel 243.
Josephus, Fl. 52.
Josias 37.
Irsai, A., und V. Babes, Experimentelle Beiträge zur Lehre der Beziehungen des Nervensystems zu den krankhaften Veränderungen der Haut 279.
Isaac 1066. 1099.
Jürgensen 774. 1040.
Julien, Pruritus vulvae 232.
Jullian, L., Beitrag zum Studium der Zungenangiome 563.
Jullien 368. 853.
Iwoking, E., Venerische Krankheiten in Budapest 279.

Kachel *E.-H.* I. 13. 14. 16. 21. 31.
Kahler, Multiple syphilitische Wurzelneuritis 764.
Kalischer, Fall generalisierter Vaccine 1120.
Kaltenbach 1112.
Kammerer 864.
Kaposi, M., Impetigo herpetiformis 484.
— 13. 20. 37. 69. 89. 105. 181. 278. 308. 310. 311. 364. 389. 562. 578. 745. 799. 888. 897. 930. 951. 955. 957. 958. 996. 1006. 1054. 1056. 1083. *E.-H.* I. 23. 33. 40. *E.-H.* II. 5. 8. 14. 36. 59. 60. 62. 88. 91. 115. 127. 140. 141. 142. 143. 152. 157.
Karpowitsch *E.-H.* II. 81. 136. 167. 168.
Kassowitz 813. 849.
— und Hochsinger 184. 371.
Katona 342.
Keetly 679.
Kern 327.
Kerr, H. F., Septikämie und Impetitis durch Amenorrhöe 335.
Ketli, Ein Fall von Priapismus bei einem Leukaemischen 666.
Keyes, Ed. L., Zweckmäßige Anwendung des Arseniks bei Hautkrankheiten 578.
Kézmar-Srky 283.
Kidd *E.-H.* II. 11. 15. 17.
Kinnicutt 678.
Kinnier, D. F., Lanolin 623
— Circinäre Zungeneruption 663
Kirschmann 56.
*Kirsten, Th. A., Zwei neue Mollinpräparate als Ersatz der Jodtinktur und Jodkaliumsalbe 201.
— Referate 33. 38. 66. 87. 126. 135. 176. 225. 420. 485. 530. 566. 619. 1122.
— 852. 943. 1023.
Kisch 364.
Klamann, Hartnäckiges Ekzem des Nasenrückens 413.
Klebs 225. 367. 562. 1006. 1044.
Klein 439. 817. 818. 821. 822. 825. 824.
Klemensiewicz 1006.
Klemperer 120.
Klink 691.
Klönne und Müller *E.-H.* I. 65.
Klotz, Über Geschwüre, welche in späteren Stadien der Syphilis durch spontanen Brand der Haut entstehen, und ihre Beziehungen zur Syphilis 927.
Knaggs, Neue Methoden der örtlichen Behandlung der Hautkrankheiten 928.
Knoche, J. P., Rupia syphilitica 135
Kobert 214.
Kobylin 1104.
Koch (Dorpat) 439.
Koch 248. 761. 1093. 1097.
Koch-Ehrlich 768. 810. *E.-H.* I. 13. *E.-H.* III. 10.
Kochmann 464.
Köbner, H., Mykosis fungoides 27.
— Ein seltener Fall von Herpes iris 525.
— Xanthelasma multiplex 526.
— Zur Pathologie des Lichen ruber 616.

Löbner, H., Einladung und Bitte an die Herren Kollegen und Vorstände aller Krankenabteilungen und -Anstalten zur Mitarbeitung an einer Sammelforschung über Syphilis und ihre Behandlungsmethode 1131.
— 302. 308. 559. 809. 963. 1039. 1095. 1098. 1103. *E.-H.* II. 141. 165.
— O. 627.
Kölliker 586. 699. 739. 743. 746. 748. 749.
Koerner 920.
Kohn 157.
Koller, Jul., Hauterkrankung durch Larven einer Getreidemilbe 282.
Kollisko 184.
Konstantinovski, Purpura rheumatica scorbutica 44.
Kontoleon 1041.
Kopff, Quecksilber im Harn nach lokalen Sublimatbädern 45.
Kornfeld 112.
Korte 308.
Kossmann, R. 413.
Kovács, Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen 973.
Krapf 794.
Krassowsky, Tischlerlack bei Verbrennungen und Verbrühungen 571.
Krause 699. 709. 730. 731.
Kröger 781. 784.
Krönig, Einschlufskitt für mikroskopische Präparate 47.
Kroner, Über die Beziehungen der Gonorrhöe zu den Generationsvorgängen 1111.
Krowczynski, Syphilis mit frühen Erscheinungen nach 64jähriger Dauer 290.
Kubassoff 966.
Kühn *E.-H.* II. 10. 14. 15. 38. 61. 62. 83. 141.
— G., Zur intramuskulären Injektion von Kalomel und Hg oxydatum flavum bei Syphilis 858.
Kühne, H., Demonstration mikroskopischer Präparate von Lepra und Mykosis fungoides 1097.
*— Über ein kombiniertes Universalverfahren, Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen *E.-H.* III 1.
*— Zur pathologischen Anatomie der Lepra *E.-H.* III. 15.
*Kühne, H., Beitrag z. d. Pilzbefunden bei Mykosis fungoides *E.-H.* III. 41.
— Über das Vorkommen der Spirochätenform des Kochschen Kommabacillus im Gewebe des Choleradarmes und über Herstellung verschiedener Fluorescinpräparate 521.
— Zur Färbetechnik 335.
Külz, E., Können von der Schleimhaut des Magens auch Bromide und Jodide zerlegt werden? 1067.
Küster 364. 1006.
Kugelmann 1112.
Kurdjumow, Behandlung der traumatischen Orchitis und Epididymitis mittels Massage 725.
Kwizinski, Heilung von Tabes durch antisyphilitische Behandlung 41.
Kyber 743.

Laaser 1112.
Laer, van 1094.
La Frotte 37.
Lagrange 934.
Lalbè 1116.
Laller 575.
Lamache 934.
Lamoureux 1113.
Lancereaux 474. 562. *E.-H.* II. 20.
Lacordaire 162.
Lancry, M., Hereditärer Einfluſs der Syphilis 90.
Landerer, A., Operative Behandlung der Prostatahypertrophie 131.
Landolf 5.
Landois 364. *E.-H.* II. 30.
Landouzy 288.
Lang, Ed., Welche Garantien bieten die Staaten, daſs die praktischen Ärzte in der Kenntnis und Behandlung der syphilitischen Krankheiten vollkommen versiert sind? 977.
— Syphilis und Krebs 80.
— Das venerische Geschwür 794.
— 302. 495. 928. 1024. 1054.
Langenbeck 80. 760. 970. 1054.
Langenbuch, Über die Brauchbarkeit des Jodtrichlorids als Desinfiziens und Antiseptikum 1058.
Langer *E.-H.* I. 57. 58.
Langerhans 301. 586. 748. 749. 778.

Langhans 177. 1056.
Langlebert 156.
Lallement 763.
Lailler, Kontagiöse Krankheiten der Kopfhaut bei Kindern 40.
— 99. 105. 584. 888.
Lanné 322.
Lannelongue 563. 564.
Lantz, A., Eine Modifikation der Schneiderschen Methode zum Nachweis von minimalen Hg-Mengen 852.
— Erythema exsudativum multiforme mit Beteiligung der Rachenschleimhaut 25.
— 853.
Langs Sohn u. Co. 973.
Larrey 936.
Lassar, O., Behandlung der Akne 223.
— Klinische Beiträge zur Narbenverbesserung 970.
— Dermatographische Farbstifte 1100.
— Über Sozojodol 1099. 1121.
— Ichthyosis congenita 73.
— Über stabiles Ödem 524.
— Ein Fall von Framboësie 1119.
— 93. 98. 221. 618. 774. 923. 963. 1095. 1096. 1099.
Lasègue 934.
Laudrieux 663.
Laulanié 1092.
Lavassar, P., Beitrag zum Studium der Chininexantheme 570.
Laveron 583.
Laveruhe, P., Beitrag zum Studium der linearen Atrophie der Haut 560.
Lazansky 667.
Lebert 56. 743.
Lebrun, O., Über Vitiligo nervösen Ursprungs 966.
Ledermann, R., Die subkutane Quecksilberbehandlung der Syphilis 1122.
Leegaard 719.
Lefort 39.
Legendre 308.
Legge, W., und Payne 680.
Legonest 1116.
Legrand, Syphilis und Schwangerschaft — Abhandlung über die postkonzeptionelle Syphilis 1001.
Leguard 891.
Leichtenstern 6.
Leistikow 864.
Leiter, J. 157.
Leloir, H., Neue Vorlesungen über kutane Affektionen neurotischen Ursprungs 381.
— Die elementaren Läsionen der Haut 964.
— Die Beziehungen der normalen Histologie der Haut zum Studium der elementaren Läsionen der Haut 1052.
— Behandlung der Melanodermen 85. 1126.
— Mittel, um den infektiösen Schanker von Herpes zu unterscheiden 88.
— 60. 182. 314. 471. 472. 473. 474. 560. 565. 614. 763. 764. 891. 892. 893. 937. 966. 967. 997. 1054. 1125.
Lelong 998.
Lemonnier 185. 669.
Lender 788.
Leo, Ein Fall von Alopecia areata 1119.
Leontowitsch, Arsenexanthem 588.
Leplat 313.
Lepun-Laborde 934.
Lereboullet 937.
Leroy 934.
Lesbini 116.
Lesser, Edm., Verhältnis zwischen den durch äufsere Applikation und den durch interne Hg-Aufnahme entstandenen Ausschlägen 1098
— 105. 619. 621. 745. 1096. 1099.
Lessing *E.-H.* I. 23.
Letenneur 1112.
Letzel, G., Ol. Santali ostindic. als Antiblenorrhagicum 32.
— Therapie des Ekzems 222.
— 320. 723.
Leuckart, R. 435. 444.
Leudet, Herpes zoster chronicus 328
Levallé, P., Statistische Untersuchungen über Augensyphilis 565.
Levèque, J., Beitrag zum Studium der Hautkrankheiten nervösen Ursprungs — Hautkrankheiten infolge eines moralischen Chocs 892.
Levier 779.
*Lewentaner, M., Über Beschneidungssyphilis 904.
Lewin, G., Kasuistische, differentialdiagnostische Mitteilungen über akute Leberatrophie bei Syphilitischen 1103.

Lewin, G., Beiträge zur Lehre von der Perichondritis laryngea 803.
— 347. 847. 858. 922. 1006. 1012. 1095. 1096. 1101. 1102. 1119. 1132. *E.-H.* I. 10. 18. 27. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 50. 52. 54. 61. 62. 65. 67. 68. 77. 83. 86. 87. 88. 90. 92. 93. 94. 98. 115. 127. 141. 142. 150. 153. 154.
— L., Pharmakologie und Toxikologie 322.
— Referat 791.
— 364
*Lewinski, Ein eigenartiger Fall von Verlust des Kopfhaars 141.
— 434. *E.-H.* I. 59.
Lewis, D. 1129.
— R. 122. 123.
Leyden 779.
Liebermeister 775. *E.-H.* II. 37.
Liebreich, O., Zur Sublimatfrage 316.
— Das Mollin 529.
— 74. 411. 615. 633. 750. 1006.
*Lier, E., Die Haut als Vermittler der Erkältungskrankheiten 729. 773.
— 1078.
*Lima, Azevedo, Mitteilungen über das Leprahospital in Rio de Janeiro 237.
— Relatoria apresentado em 1887 ao Dr. Provedor do Imperial Hospital dos Lazaros 1008.
— 388. 390. 557.
*— und Guedes de Mello, Über das Vorkommen einzelner Leproformen, sowie der Erscheinungen an Augen, Nase und Ohren 596. 645.
Linné 138. 794.
Lionville 934.
Lipp 1095. 1096. *E.-H.* II. 24. 29. 60. 83. 87. 89. 94. 141.
Lippmann 112.
Lister 279.
Liston 480.
Litten 786.
Littré 921.
Liveing, Die Nomenklatur der Hautkrankheiten 683.
— 580. 745.
Loeb 865.
Loebisch 1006.
*Loeff, A. van der, Proteiden im animalen Impfungsstoffe 189.
Loeff, A. van der, Über Proteiden oder Amöben bei Variola vera 447.
— 438. 447.
Loeffler 335. 821. 1101.
Loew, H. 165.
Logau, R., Peliosis rheumatica 670.
Lohnstein, Ein neuer Spülapparat der Harnröhre 1121.
Loiset 1035.
Lomkowsky 774.
Lormand 36.
Lorry 760. 892. 933. *E.-H.* II. 47.
Loesch *E.-H.* II. 46.
Low, Franz 106.
Lublinsky 107.
Luca, de, Syphilis haemorrhagica neonatorum 187.
— 795.
Lucas 39.
Lucas-Championnière 941.
Lucain 313. 314.
Ludwig 729. 775.
Lübbert 456. 466.
Lüdeking 1136.
Lukowsky 761.
Lusitanus, Lac. 933. 934.
Lustgarten, S., Das Kokain in der Behandlung der Hautkrankheiten und der Syphilis 419.
— 89. 92. 118. 225. 285. 370. 371. 401. 404. 810. *E.-H.* I. 53. — 13. 23. *E.-H.* III. 9.
*Lutz, Ad., Mitteilungen über Lepra 387. 504. 546.
*— Ein Fall von Lichen ruber obtusus und planus 592.
— Referate 653. 968. 1008.
— 116. 117. 158. 237. 535. 536. *E.-H.* I. 11. 12. 60. 66.
Lyonel 974.

Macdonald, Akute Purpura rheumatica 678.
Mackay, Purpura nach Quetschung 83.
Mackenzie 580.
— Morell 476. 480. 574.
— Stephen, Hamamelis virginica bei Prostatitis und Krebs 177.
— 123.
Mackintosh, Herpes nach äufserlichem Gebrauch von Belladonna und Atropin 137.

Macnamara 854.
Magalhães, J. L. de, A Morféa no Brazil especialmente na Provincia de Saõ Paulo 1011.
— P. S. de, Descripcaõ de una especie de filarias 1012.
Magendie 1022.
Magerne, T. de 643.
Magruder, G. L., Die Phimosenoperation als Heil- oder Linderungsmittel einiger nervöser und andrer Symptome 1016.
Mahn, O., Geschichte der Tonsillenschanker 234.
Mahon 70. 71.
Majocchi, Klinische und mikroskopische Beobachtungen menschlicher Hautaktinomykose 331.
— Papilläre präaurikuläre Hautteratome 287.
— Über Aktinomykose der Haut beim Menschen und bei einigen Tieren (Dermatomykosis) 1050.
— 1050. 1051. 1052.
Maisonneuve 563. 1021.
Malassez 70. 97. 481. 746. 747. 750. 753.
Malinstein 138.
Maly 1067.
Manassei, Über die moderne Therapie der Hautkrankheiten 631.
— 235.
Manassein 43.
Mangon, A., Hämatohidrosis und Menstruation 86.
Mannino, L., Abortive Behandlung der Syphilis 628.
— 795.
Manson, P. 123. 364. 1012.
Mansurow, M., Klinische Sammlung für Dermatologie 364.
1. Lepra 364.
2. Fibroma cutis 365.
3. Syphilis hereditaria tarda 365.
4. Skleroma universale 365.
5. Naevus vasculosus 366.
6. Area Celsi maligna 366.
7. Dermatitis congelationis 366.
8. Operative Behandlung der Akne 366.
9. Roseola syphilitica annularis 367.
Marchiafava 441.
Marcus, Über den Gang der Temperatur bei Erysipelas 758.
*Margoniner, J., Beiträge zu den Primäraffekten der Syphilis 49.
Marisque 563.
Marotta, Mikroparasiten der Blattern 286.
Marshall 231.
Marsden 228.
Martel 763.
Martin, H., Über Pastenbehandlung 221.
Martin 368. 528. 564. 565. 76.
E.-H. II. 17. 83. 87. 88. 141.
Martineau, Pruritus vulvae 538.
— Verhütung der Gonorrhöe 231.
— 36. 1113. *E.-H.* II. 87.
Marton 801.
Martschewski 44.
Marty, J., Beitrag zur Kenntnis der Sklerodermie 933.
Massei, Nasensyphilis 287.
Masserel 937.
Masson 562.
Masurel, A., Beitrag zum Studium der vom Rückenmark ausgehenden Hautkrankheiten, welche von peripheren Nervenerkrankungen abhängen 891.
Mathieu 313.
Matterstock 626.
Mauriac, Syphilitische Psoriasis 539
— 20. 368. 369. 495. 497. 691. 996
Mayr, von 343.
Mazzoni, G., Jodol 333.
— 132.
Medicus, Fall von Psoriasis 624.
Medina, P. 116.
Megnin, P. 71. 107. 115. 161. 1061. 1093.
Meissner 699. 742.
Melcher und Ortmann 810. 1039. 1105.
*Mello, de, und A. Lima, Über das Vorkommen einzelner Leproformen, sowie der Erscheinungen an Augen, Nase und Ohren 596. 645.
Menier, Verfälschung der Kubeben 430.
Méricamp 474.
Méricourt, L. de 139.
Merklen, Impftuberkulose 184.
Metschnikoff 218.
Meucault, J., Ungewöhnlicher phagedänischer Schanker der Inguinalgegend 91.

Meussel, Ed., Die Quellkraft der Rhodanate und die Quellung als Ursache fermentartiger Reaktionen 46.
Meyer 425.
— George, Dermatitis acuta, bebewirkt durch Anwendung von unreinem Lanolin 615.
— Harnröhrenendoskop mit einer Modifikation 75.
— Ol. Santali bei Gonorrhöe 130.
— 724.
— Joseph 143.
Miall, Eingewachsener Nagel 180.
Mibelli, Experimentelle Untersuchungen über die Alopecia areata 629. 726.
*Michael, J., Durch zufällige Inokulation entstandener Masernfall mit hervorragender Beteiligung des infizierten rechten Armes 340.
Michaelow, Thätigkeit der Findelhäuser in Petersburg und Moskau 855.
Michaelowski 847.
Michel 233.
Michelson, P., Zur Pathologie und Anatomie des Lichen 1055.
— Über die galvanochirurgischen Depilationsmethoden 482.
— Referate 88. 183. 381.
— 98. 99. 105. 300. 302. 306. 410. 752.
Middeldorff 184.
Middendorf *E.-H.* II. 106. 108. 109.
Midelton und Ogston, Kokaininjektion 675.
Mielck, W. H. 204. *E.-H.* I. 21. 27. 31. 38.
— und P. G. Unna, Über Seifengeist 500.
Mierzynski 11.
Millon 197.
Milner, Über die Anwendung des Merkurs bei Syphilis 675.
Milton, J. L., Unität und Dualität in der Syphilis historisch betrachtet 276.
— Pathologie und Therapie der Gonorrhöe 276.
— *E.-H.* I. 40.
Moebius 1093.
Moecke, O. 157.
Moele 967.
Moldenhauer 1130.
Molnar, Joseph, Syphilitische Nekrose des Stirnbeines 376.
Mollière, Hautabscesse in der Achselhöhle 584.
Molodenkow, Die syphilitisch veränderten Zähne als prognostisches Zeichen bei erworbener Syphilis 725.
Monastirsky 657. 658.
Moncorvo, Elephantiasis Arabum bei Kindern 623. 763.
Moneret *E.-H.* II. 53.
Monestier 662.
Money, A. 477.
Monod, Behandlung des Keloids 39.
— 313. 314.
Mons, van 793.
Morat 81. 313. 314.
Morax 937.
Moretti, Spezielle Krankheit der Unterlippe 630.
— 631.
Morgagni 370. 642.
Morison, R., Leukopathie der Nägel 884.
— Tylosis der Hände 33.
— 887.
— und Morley, } Elephantiasis
Morley u. Morison, } Arabum an den äufseren Genitalien einer Negerin 672.
Morley 245.
Moritz 11.
Morris 181.
Morrow, P. A., Arsenikausschlag 570. 572.
— Ein Fall von Pemphigus 1131.
— Diagnose der Pocken 227.
— Die Behandlung der Vergiftung durch Rhus toxicodendron 570.
— Keratosis follicularis verbunden mit Fissuren der Zunge und Leukoplakia buccalis 619.
— Fall von Favus mit Bemerkungen über die Behandlung der Tinea 1127.
— Keratosis follicularis 229.
— Bullöse Form des Jodexanthems 420. 531.
— Pityriasis rubra mit vesikulösen Läsionen 569.
— Drug Eruptions 791.
— 229. 231. 429. 569. 886. 1124. 1127.
Morvios 341.
Mouliné 763.
Mouneret 998.
Mour 314.

Moure 563.
Mraček, Syphilis haemorrhagica neonatorum 372.
— 497.
Müller 401. 487. 587.
— F. 1040.
*— G., Über Hauterkrankungen bei Haustieren 1025. 1078.
— H. 743.
— N., Über die ersten Symptome hereditärer Syphilis 849.
— W. 564.
Münch, Lepra im Süden Rufslands 365. 854.
Munk 364. 1006.
Munn, Mc. 652.
Murchisson 622. 761.
Murry, Hämoglobinurie u. Syphilis 91.
Musitanus 641. 642.
Mylius, E. 204. 205.
Myrtle, Hyperidrosis 570.
— 575.

Nachtigall 301.
Napier 122.
Naumann 779.
Naunyn 778. 788.
Navratil 480.
Nayler *E.-H.* II. 127.
Neale, Zur Verdeckung des Jodoformgeruches 683.
Neelsen 219.
Neill, O. 123.
Neifser, A., Zur Kenntnis der antibakteriellen Wirkung des Jodoforms 1120.
— 13. 37. 80. 146. 277. 367. 389. 853. 858. 863. 920. 922. 966. 1017. 1039. 1040. 1041. 1045. 1046. 1061. 1132. *E.-H.* III. 18.
Nelaton 312. 564. *E.-H.* II. 37.
Nepreu 761.
Neumann, H., Zur Frage über die Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis 1122.
— J. 24. 79. 99. 105. 228. 439. 484. 553. 666. 667. 745. 934. 950. 957. 958. 1005. 1132. *E.-H.* I. 22. 24. 27. *E.-H.* II. 5. 9. 12. 29. 36. 60. 90. 141. 143.
Newman, Syphilitische Krankheiten der oberen Luftwege 479.
Nicaise 313.
Nicolas *E.-H.* II. 144.
Nieden, A., Alopecia totalis persistens 220.
Nielly 123.
Nietzki *E.-H.* I. 18.
Nikolaier 986.
Nikolski, P., Ekzeme als Results von Störungen im Nervensystem 853.
Nitze, M., Symptome und Diagnostik der Blasentumoren 1106.
— Die physikalischen Untersuchungsmethoden der männlichen Harnblase 416.
Nixon 179.
Nivet 91.
Nocard 37.
Nöggerath, Über latente u. chron. Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht 919.
— 277. 920. 922. 923. 1111.
Nothnagel 23. 272. 439. 788.
Nourry, G., Über einige nicht veröffentlichte Fälle von Esthiomène der Vulva 565.
Nuhn-Blandin 801.
Nunneley 760.
Nystrom 70.

Oberländer, Über Veränderungen der Vaginalschleimhaut von an chron. Gonorrhöe leidenden Prostituierten 921.
— Die papillomatöse Entzündung der männlichen Harnröhrenschleimhaut 921.
— 266. 922. 924.
Oberlin 368.
O'Byrne 1075.
Oger, Anwendung des empyrheumatischen Öls des Eidotters als Verbandmittel 1126.
Ogston und Middelton, Kokaininjektion 675.
Oetelein 14.
Oehl 586. 748.
Oehme *E.-H.* II. 10. 14. 23. 53. 62. 98. 150.
Oetvoes, J., Heilwert des Xylols bei Blattern 377.
Ohmann-Dusmenil, Eine ergänzende Mitteilung über den Doppelkomedo 571.

Ohmann-Dusmenil, Lupus erythematosus der Hände 931.
— 931.
Okorokow, W., Zur Geschichte der gesellschaftlichen Bewegung im Westen Europas nnd Amerikas gegen Reglementation der Prostitution 855.
Ollivier, Area Celsi und der Schulbesuch 385.
— Pelade und die Schule 481.
Oppenheim, H., Die oszillierende Hemianopsia bitemperalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis 976.
— 967.
Oppermann, H., Antifungin (borsaure Magnesia) als Antiseptikum 1024.
Orango, P. 124.
Ord, Myxödem 179.
Orthmann, E. G., Ein Fall von Salpingitis purulenta gonorrhoica mit gonokokkenhaltigem Eiter, Exstirpation 527.
Ortmann 1096.
— und Melcher 810. 1039.
Orwin, Hereditäre Syphilis der Zunge 476.
Ostermayer 1099.
Otis, F. N., Begrenzung des kontagiösen Stadiums der Syphilis, besonders in Beziehung zur Ehe 225. 422.
— Über die zeitweilige Überanstrengung der Blase als Ursache lokaler Atonie und chronischer Urinretention 1014.
— 262. 567.
Ottava, J., Syphilitisches Geschwür an der Konjunktiva 284.
Otte, R., Hutchinsonsche Zahndifformität 323.
Owen, Hereditäre Syphilis 677.

Pabry 937.
Pachmayr 937.
Paetsch 737.
Paletta 562.
Palmer, E. R., Latente Syphilis 623.
Panas 1116.
Paré, A. 562. 759.
Parrot 564. 851.
Pascale 627.
Pasteur 925.
Passet 466.
Pataky 484.
Patteron 578.
Patteson, Erythema nodosum und Rheumatismus 380.
Pauli, C., Interne Therapie der chron. Cystitis im Vergleich zur externen 224.
Pavy 888.
Payne, Prurigo hiemalis 682.
— Molluscum fibrosum und multiple Neurofibrome 682.
— Mikrosporon furfur bei Pityriasis capitis 180.
— Lichen circumscriptus 477.
— St. Thomas Hospital Reports Vol. XIV. 679.
— und Semon, Rhinosklerom 574.
Péan 562. 935.
Peas 271.
*Pecirka, F., Zur Histologie der Psoriasis 60.
Pelissier 934.
Pelizzari, Über das Trichophyton 1049.
— 286.
Percheron *E.-H.* II. 144. 145.
Percy 759.
Perl 11.
Perli, Lanolin 287.
Perrin, L., Sarcomatosis cutis 307.
Perroneito, E., Übertragung der Krätze von der Katze auf den Menschen 631.
Peters 823.
*Petersen, O., Die Prostitutionsfrage in St. Petersburg 685.
*— Der Urethralirrigator 906.
— Über tiefe Injektionen mit Kalomel zur Syphilisbehandlung 853.
— Referate 41. 585. 757. 760. 846.
— 691. 852.
Petit, L. H. 998.
Petritius, S. 641.
Petrone 864.
Pettenkofer 729.
Pettier, L., Beitrag zum Studium der Elephantiasis Arabum 560.
Pfeiffer, A. 471.
*— L., Ein neuer Parasit des Pockenprozesses aus der Gattung Sporozoa (Leuckart) 435.

*Pfeiffer, L., Uber Parasiten im Bläscheninhalt von Varicella und von Herpes zoster und über die Beziehungen derselben zu ähnlichen Parasiten des Pockenprozesses 589.
— 248. 250. 254. 591.
Pflüger 775. 781.
Philippart 311.
Philipps, Purpura haemorrhagica bei Schwangeren 178.
Pick, F. J., Über die therapeutische Verwendung des Jodols 132.
— Favusdemonstration 373.
— Prurigodemonstration 375.
— Erythema nodosum 376.
— 182. 368. 737. 782. 1132. *E.-H.* I. 9. 11. 14. 15. 45. 47. *E.-H.* II. 30. 152. 157.
Pierquin 933.
Piffard, H. G., Elektrische Lampe zur Hautuntersuchung 430.
— Bemerkungen über Medikamente 1122.
— Keloid 230.
— Photographischer Apparat 230.
— 366. 386. 429. 746. 747. 748. 753. 754. 887. 1129.
Pinard 1114.
Pincus s. Pohl-Pincus.
Pinto, N., Herpes genitalis beim Weibe und Manne 231.
Pirocchi 13.
Pitoy 314.
Pitres 314. 332. 967.
*Piza, M., Neuere Arbeiten über das Vaccinekontagium und über Impftechnik 248.
*Planner, R. von, Zur Behandlung des chron. Trippers 255.
— Naevus congenitus mit exzessiver Geschwulstbildung 810.
Plaut, H. 439.
Plenk 935. *E.-H.* II. 1. 50.
Plinius 52.
Plutarch 52.
Poehl, Die Eigenschaften des Harnes der Syphilitiker und Beiträge zur Frage über die Ursache der Immunität der Tiere gegenüber der Syphilis 1103.
Poelchen, R., Vitiligo acquisita syphilitica 413.
Pohl-Pincus 98. 104. 298. 302. 439. 746. 747. 748. 752.
Poisson, Mifsbildung der Urethra 430.
Pokrovski, Ein Fall von syphilitischer Affektion der Lunge 725 — 37.
Politakis 1042.
Polotebnow, Zur Lehre von den Erythemen *E.-H.* II.
— Verbreitung der Hautkrankheiten in St. Petersburg 42.
— Gegenwärtiger Stand der Dermatologie in Rufsland 42.
— Behandlung des Erysipels und anormale Formen desselben 42.
— 105. 626. 848. 854. 1051.
Poncet 313. 596.
Pontoppidan, E., Referate 37. 233. 475.
— 410.
Poor, E. 959. 960. 961.
Popow, K., Über die Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Kursk 1884/85 856.
— 1034.
Porte 138.
Porten, von der 341.
Portschinsky 54. 58. 106.
Posner, C., Zur Endoskopie der Harnröhre 526.
— 130. 410. 723.
Pospelow, 2 Fälle von idiopathischer Hautatrophie 183. 585.
— 1051. *E.-H.* II. 84. 87. 150.
Post, A., Tod an Gonorrhöe 767.
Potain 998.
Poulet, H. 663.
Power 818. 823.
Preble, Ed., Braune Hautverfärbung infolge wiederholter Einwirkung von Schwefeldämpfen sofort beseitigt durch Wasserstoffsuperoxyd 573.
Preiss, H. 918.
Prévost, A. E., Beitrag zur Knochensyphilis. Spontanfrakturen grofser Knochen bei Syphilitischen 473.
Pribram 364.
Prietsch 1091. 1093.
Proksch, John Hunter als Syphilograph 370.
— 642.
Psorry 760.
Puech 178.
Pugliesi, J. B., Krankheiten durch den Sandfloh hervorgerufen 139.

Purdon *E.-H.* II. 150.
Putnam, F. W., Fall von Erythema venenatum 534.

Quenu 935.
*Quinke, H., Über Favus 981.
*— Über Herpes tonsurans 987.
— 374. 778. *E.-H.* I. 40.
Quinquaud 888. *E.-H.* II. 20. 21.
Quist 248.

Rabitzsch, J., Ein Fall von Initialsyphilis einer Tonsille 528.
— *E.-H.* II. 61. 113.
Rabl 383.
Raillet 1094.
Rainey 709.
Rake, B., Report on Leprosy in Trinidad 968.
— Lepraimpfung 480.
— Verteilung des Leprabacillus 480.
— Eine Lepra ähnliche Ulceration 679.
— 82.
Ramm, M., Über Masernrecidive 413.
Ranvier 307. 310. 761. 966. 1112. *E.-H* I. 26.
Rasumow, W., Über die Ammenbesichtigung bezüglich der Syphilis 851.
Rauchfufs *E.-H.* II. 121.
Raupach 444.
Ravogli, A., Ätiologie und Behandlung des Lupus erythematosus 930.
— Syphilis ulcerosa cutanea 1020.
— 931.
Rayer 698. 699. 701. 703. 704. 705. 706. 708. 744. 745. 760. 888. 892. 1003. 1054. *E.-H.* II. 12. 24. 94. 140. 141.
Raymond, P. 105.
Reales 632,
Recklinghausen 683. 761.
Reclus 39. 1112.
Regensburger, A. E., Behandlung der Rhusvergiftung 580.
Regnault 729.
Reid, Drumine, ein lokales Anästhetikum 676.
Reinhardt, C., Beiträge zur Behandlung der Lues mit Neisserschen Kalomelinjektionen 1060.
Reiset 729.
Reissner 442. 447.
Renault *E.-H.* I. 25. 26.
Rendu 761. 854.
Renzi, de, Syphilis des Nervensystems 632.
Retiwzew, Hautaffektion bei Malaria 587.
Retzius 578.
Reuss 1006.
Reverdin 970.
Reymond *E.-H.* II. 37.
*Reynolds, H. J., Eine neue Methode zur Behandlnng der Pilzkrankheiten der Haut 945.
— 928.
Rezek *E.-H.* II. 47.
Ribeiro, Bulhoes, Caso rara de elephantiasis dos Arabes 1012.
Richardson 731.
Richet 763. 1116.
Richter 760.
Ricketts, B. M., Thermokauter bei Herpes zoster 233.
Ricord 237. 474. 494. 628. 847. 1021. 1112. 1113.
Riehl, Orientbeule 172.
— 13. 21.
Rigal 329.
Rilliet 934. *E.-H.* II. 116.
Rindfleisch 102. 225. 310. 464. 488. 737. *E.-H.* I. 25. 26. 32.
Risel 248. 254. 442.
Ritter, A., Zur Frage der Hautresorption 74.
Rivolta 437. 1027. 1092.
Robin, Ch. 70. 123. 282.
Robinson, Ein in seiner Art einziger Fall von fortschreitender Melanosis der Haut 932.
— Keratose der Nägel 535.
— Nervennaevus 536.
— 103. 128. 129. 229. 337. 578. 925. 931. 933. 958. *E.-H.* II. 48.
Rocha, N. 629.
Rochard 662.
Roehrig 729. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 786.
Röll 1079.
Rogerius 562.
Rohé 233. 928.
Rokitansky 1103.
Rollet 499.
*Róna, S., Zur Kasuistik des Lichen ruber — Lichen ruber in Ungarn 870. 909. 959.

Róna, S., Urticaria unilateralis und Chorea dimidiata nach Gelenkrheumatismus 283.
— Epitheliom des Gesichts bei einem 23jährigem Manne 377.
— Behandlung der Syphilis mit Hg formamidatum 667.
— Referate 278. 376. 663.
— 377.
Rosenbaum *E.-H.* I. 23. 24.
Rosenberg, S., Einiges über die Wirkungen und Nebenwirkungen des Ol. Santali Ostindic. 723.
— 118. *E.-H.* II. 35.
Rosenthal, O., Einige allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung der Syphilis mittels Quecksilbereinspritzungen 1102.
— Mechanische Behandlung der Hautkrankheiten 483.
— Fall von Lupus erythematodes 618.
— Fall von Dysidrosis chron. des Gesichts 615.
— Demonstration eines Falles von Favus 856.
— Über die Behandlung der Syphilis mittels Einspritzungen von Hg oxyd. flavum 1102.
— 14. 345. 491. 493. 499. 738. 924.
— 925. 1101.
Rother, R., Zinksalbe 94.
Rotureau, Die schwefelhaltigen Mineralwässer in der Behandlung der Hautkrankheiten 432.
Rouchet 316.
Rouen, D. de 1116.
Rouget 305.
Roulin 52.
Roux 140. 662. 672. 727.
Rubius 627.
Ruesch, A. 320.
Rumpf, Zur Frage der chron. Vergiftung durch Syphilis 976.
Runge 782.
Rusk, J., Kongenitale Striktur der Urethra 672.
Rust 760.
Ruthe 56.

Saalfeld 105.
Sabin, R. H., Pemphigus von Albuminurie gefolgt 568.
Saburin 966.
Sänger 920. 1111. 1112.
Salicet, G. de 562.
Samuel 234.
Sangster 103. *E.-H.* I. 47.
Santos, F. dos 123.
Sareste, A., Über Hyperthermia syphilitica post partum 1002.
Sarg 271.
Saucerotte *E.-H.* II. 102.
Sauvages *E.-H.* II. 1. 13. 50.
Savarry 314.
Sawages 1002. 1003.
Sawtschenko, J., Veränderungen an den Knochen bei Lepra 771.
Sayre 1016.
Scarenzio, A., Pseudoschanker 285.
— Syphilitische Gummata der Nase 1050.
— 336. 431. 853. 989.
*Schadek, K., Innerliche Anwendung des Hydrarg. carbol. oxyd. bei Syphilis 195.
*— Über hypodermatische Anwendung von Hg carbol. oxydat. bei Syphilis 343.
— Subkutane und intramuskuläre Injektionen von Jodpräparaten bei Syphilis 289.
— Ein Fall von Lichen ruber exsudativus Hebrae 1023.
— Verbreitung der Hautkrankheiten in Rufsland 43.
Schadrin 1034.
Schäffer, F., Ein Fall von merkwürdiger Analgesie der Harnwege 1060.
Scharling 729.
Schech, Th., Beitrag zur Lehre von der Syphilis der Lunge, der Trachea und der Bronchien 418.
— 797.
Schede 362. 363.
Schedel 703. 704. 892.
Scheuthauer 960.
Schiff, Referate 79. 171. 418. 764.
— 364. 731. 780. 1006.
— und Hochsinger, Über Leukaemia cutis 897.
Schillberg 90.
Schiner 55.
Schinkelda 1082. 1083.
Schirjaew 849.
Schirmer, A., Aktinomykosis hominis 134.
Schlösser, J. C. 482.

Schmidt 786.
Schmiegelow 562. 576.
Schmitt 335. 471.
Schneemann 824.
Schoeler 145.
Schoenlein 70.
Schrön 478. *E.-H.* I. 66.
Schrötter 480.
Schtschastui 44.
Schuchardt 746. 752.
— Th. 244. 393.
Schüller 781.
Schüppel 761.
*Schütz, J., Ein Fall von Alopecia neurotica 296.
*— Beitrag zur Symptomatologie u. Ätiologie der Alopecia areata 97.
*— Ein neuer elektrischer Apparat (Diaphotoskop) zu medizin. Beleuchtungszwecken, insbesondere zur bequemen Erhellung des endoskopischen Gesichtsfeldes 899.
— 922. 1079. 1097.
Schuhmacher 78.
Schulek 283. 284.
Schuster, Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung 1004.
Schwahe 305.
Schwann 1020.
Schwarz 484.
Schwenninger 384.
Schwimmer, E., Glossopathologie 325.
— Tuberkulose der Haut und Schleimhäute 367.
— Urticaria haemorrhagica 376.
— Xanthom 664.
— Fall von genuiner Hauttuberkulose 665.
— 13. 377. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 912. 914. 959. 961. 962. 963. *E.-H.* I. 26. 28. 29. 32. 38. *E.-H.* II. 30. 31. 35. 143. 153. 157.
Seabury und Johnson 887.
Seaman 1035.
See, G. *E.-H.* II. 48.
— M. *E.-H.* II. 26.
v. Sehlen 72. 97. 98. 101.
Seitz 729. 782.
Selcock, Cystische Degeneration der Glandula pinealis bei Morbus Addisonii 179.
Semmer 444.
Semon, F. 476. 674.
— und Payne, Rhinosklerom 574.
Senator 774. *E.-H.* II. 34.
Senftleben *E.-H.* II. 162. 164. 166. 168.
Seveke, Rupia als erster allgemeiner syphilitischer Ausschlag 41.
Shand 179.
Sheby-Buch *E.-H.* II. 19. 27. 29. 91.
Shelswell, Neigung zu Blutungen bei Myxödem 677.
Sherburne, Eine unangenehme Krankheit 572.
Sherwell, Nichtvenerische Syphilis 230.
— Protest gegen die übermäfsige Stärke lokaler Applikationen (offizieller und nicht offizieller) bei Hautkrankheiten 887.
— Ein Fall zur Diagnose 1131.
— 229. 429. 536. 1016.
Sherwood 1129.
*Shoemaker, J. V., Über Alimentation und Medikation per Rectum bei Hautkrankheiten 1073.
— 927.
Siedamgrotzky 1079. 1082. 1091. 1092.
Siezaune 563.
Sigmund 79. 289. 368. 628. 847.
Silber 132.
Sillon 996.
Simmonds, M., Tuberkulose des männlichen Genitalapparates 219.
Simon, G. *E.-H.* I. 23. 26. 27. 28.
Ssirski, K., chron. Malleus 42.
— Pathologie und Ätiologie des Pemphigus 43.
— Pathogenetischer Zusammenhang zwischen Pemphigus vulgaris, Psoriasis, Ichthyosis, Lichen ruber und Prurigo 854.
— Die Syphilisbehandlung mit Injektionen von Hg formamidatum 847.
Sitone, Syphilitische Herzneurose 287.
Smirnoff, Subkutane Kalomelinjektion 894.
— 853. 864.
Smith, Eingewachsener Nagel 83.
— 65. 695. 950.
— G., Entfernung überflüssiger Haare durch Elektrolyse 625.
— P. 477.
— W. G., Lupus und seine Behandlung 231.

Smolarski, Schleimpapeln im Larynx bei hereditärer Syphilis 45.
Soffiantini 345.
Sokolowski, Zwei Fälle von syphilitischer Verengerung der Trachea 977.
Soltsien *E.-H.* II. 58. 86. 92. 153.
Somogyi, Z., Pemphigus conjunctivae 284.
Sommerbrodt, Über im Pharynx lokalisierte Hydrargyrose 78.
— 730. 787.
Songoburgensis, B. 562.
Sonnenburg 864.
Sonsio 123.
Sorent 565.
Soulages 313.
Soyka 439.
Spark *E.-H.* II. 144.
Spender, K., Multiples Xanthom 574.
— 561. 676.
Speranza 342.
Sperk, Reglementierung der Prostitution 689.
— 687. 688. 689. 694. 1103. 1104.
Sperling, Zur Sondentherapie der Harnröhre 808.
Spillmann, P., Aneurysmen der Hirnarterien auf syphilitischer Basis 381.
— 35 *E.-H.* II. 162. 164. 167.
Spina 776. 786.
Spitz, B., Ein eigentümlicher Fall von Dermatitis hervorgerufen durch Antipyrinbehandlung 972.
Spring, A. 162.
Squire, B. 279.
Srski 283.
Startin, Elektrolyse zur Entfernung von Haaren 181.
Stefanini, Alteration des Sympathicus bei einem Falle von Pemphigus 1052.
Stein 899. *E.-H.* I. 66.
— A. W., Melanosis des Urogenitalapparates 767.
Steinbach 1093.
Steiner, Referate 132. 324.
Steinschneider, Über den Sitz der gonorrhoischen Infektion beim Weibe 527.
Steinthal, Über Chlorzinkätzung bei malignen Tumoren 1110.
Stelwagon, H. W., Purpura mit circinärem Exanthem 887.
Stelwagon, H. W., Resorcin, Ichthyol und Lanolin bei Hautkrankheiten 66.
— Nutzen medikamentöser Pflaster bei gewissen Hautkrankheiten 881.
Stepanow, A., Die Wirkung heißer Luftbäder bei Syphilis 726.
— Unguentum Hydrargyri e Mollus paratum 852.
— 849.
Stern 385.
Steven, L. 625.
Stevenson, Variköse Venen 775
Stickler 822.
Stiel 936.
Stiller, B., Mit Leberleiden kompliziertes multiples Xanthom 280.
Stockes, Bronchocele 179.
Stockmann, Kokain und Benzoyl-Ecgonin 478.
Stocquardt, Anwendung des Haarseils in der Medizin 521.
— Chrysarobinconjunctivitis 121.
— 48. 251. 430.
Stoll *E.-H.* II. 98. 99.
Story, J. B., Epitheliom des Lides durch Karbolsäure entstanden 231.
Stowers 103.
Straszacker, C. A. 360. 362.
Strauſs 795.
Stricker 169.
Strümpell, A. 418.
Stukowenko, Der Weg zur Klarstellung der rationellen Grundlagen der Quecksilberbehandlung bei Syphilis 846.
— 849. *E.-H.* II. 105.
Stuoer, E., Fluidextrakt von Stigmata Maïdis im akuten Stadium der Gonorrhöe 233.
Sturges, Addisonsche Krankheit 678.
Subbotin, Behandlung der Entzündungen der Harnröhre durch Ausspülen 724.
Suchow 847.
Süſsmann *E.-H.* II. 89.
Sutton, J. B., Talgdrüsen und Hauthörner 613.
— Seborrhoea generalis oder Harlequin-Foetus 614.
Sutugin *E.-H.* II. 16.
Swediauer 641. 644.
Swieten, van 584. 641.
Sydenham 343.
Székàcs 377.

Tacke 1107.
*Taenzer, P., Über die Unnasche Färbungsmethode der elastischen Fasern 397.
— Referate 121. 367. 482. 809. 895.
Tagliacozzi 679.
Tagucchi und Disse 626.
Taine, Beitrag zum Studium der die Syphilis erschwerenden Umstände 1115.
Tamuchon, Purpura haemorrhagica 329.
Tanturri 13. 308. *E.-H.* II. 141. 153.
Tardieu *E.-H.* II. 26.
Tarnowski, Über die Quellen der Syphilisverbreitung im Anschlufs an die Mitteilung eines Falles von Excision der Initialsklerose 757.
— 496.
Taschenberg 56.
Tavel 120.
Tavernier, A., Referate 84. 122. 137. 181. 307. 312. 471. 560. 614. 661. 758. 888. 933. 964. 996. 1052. 1112.
Taylor, R. W., Ein Beitrag zur Kenntnis der Hydroa bulleux Bazins und der Dermatitis herpetiformis Duhrings 423.
— Hydroa bulleux und verwandte Affektionen 230.
— Beobachtungen über den Gebrauch des Wintergrünöls bei der Behandlung des Tripperrheumatismus 1015.
— Diphtheritischer Schanker 1129.
— Mundspeculum 1129.
— Besondere Verfärbung der Haut bei vorhandener Lebercirrhose 535.
— Vier Fälle von spätsyphilitischen Läsionen des Rectums 577.
— Frühzeitige Gummata 1124.
— Eine seltene Form von Septikämie nach der Operation der Harnröhrenstriktur 1021.
— Über den Wert des Arseniks in der Behandlung der Hautkrankheiten 1131.
— Toxische Wirkungen des Jodoforms 883.
— 229. 429. 430. 570. 927. 996. 1129.
Tayrer 562.
Teissier *E.-H.* II. 90.
Teltz 256.
Tepljaschin, Syphilisinfektion infolge vom Auslecken der Augen 770.
Tere 940.
Ternet 998.
Terraneus, L. 642.
Testelin, A. 563.
Themmen 342.
Thibierge, G., Epheliden 1003.
— 184.
Thiéry, P., Behandlung der Blennorrhöe durch Injektionen von Jodoformöl 582.
— Diagnostik der venerischen Schanker 330.
Thiry, Allgemeine exfoliative Dermatitis 40.
Thin, G., Impfversuche mit Lepragewebe auf Tiere 324.
— Pemphigus 570.
— 98. 103. *E.-H.* I. 11. 12. 16.
Thirial 933.
Tholosan *E.-H.* II. 102.
Thomas 106. 823.
— G. P., Äther gegen Filzläuse 95.
Thompson 131. 416. 974.
Thomson, H., Beeinflussung peripherer Gefäfse durch pharmakologische Agenzien 214.
Thouvenel 363.
Thuessing, Th. 342.
Thur, Syphilis durch Skorbut kompliziert 41.
Tiedemann, Fr. 55.
Tiester 891.
Tilden, G. H., Trophoneurose der Haut, verursacht durch Verletzung des Nervus medianus 1122.
— Sogenannte Mykosis fungoides 487.
Tillaux 39.
Tiquet 565.
Tisson 997.
Tizzoni, G. 93. 285.
Tomaschevski, S., Amblyopie während der kondylomatösen Periode der Syphilis 855.
Tommasoli, W., Übertragbarkeit der Psoriasis auf Kaninchen 93.
— Katocheilitis der Schnitter 631.
— Wesen des Herpes zoster 288.
— Referate 91. 185. 285. 331. 629. 768. 1048.
— 386. 919.
Tomsa *E.-H.* I. 57. 58.

Touton, K., Demonstration eines Falles von diffuser, der Sklerodermie ähnlicher Hauterkrankung nach einem Trauma 1098.
— 183. 381. 919. 925. 1057. 1096. 1097. *E.-H.* III. 18. 19. 25.
Travers 760.
Treille 139. 662.
Trélat 1116.
Tremblay *E.-H.* II. 144.
Treves 82.
Troschel 56.
Troitzky 354.
Trommsdorf 1099. 1100.
Trousseau, Hereditäre Syphilis des Auges 383.
— 30. 122. 576. 760. 850. 937. *E.-H.* II. 10. 23. 58. 87. 94. 116. 141.
Trunkovski, Schwinden des Ascites unter dem Einfluſs von Erysipel 43.
Tschechichin 778.
Tschistjakow 848.
Tucker, J. J., Ein Fall von Herpes omobrachialis 673.
Türkheim 1003. 1117.
Tullis, de, Areaförmige progressive Atrophie der Haarbälge 769.
Turarza, Jodol 333.
Tyson 743.

Uchermann 303.
Uffelmann 516. 1109. *E.-H.* II. 14. 22.
Ugrjumow 731.
Ultzmann 259. 262. 277. 539.
Unna-Beiersdorf 375.
*Unna, P. G., Die neueste Form meines Suspensoriums 207.
*— Über Hautklemmen 359.
*— Über Erzeugung von Vesuvin im Gewebe und über Methaphenylendiamin als Kernfärbemittel 62.
*— Das seborrhoische Ekzem 827.
*— Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa *E.-H.* I. 1.
*— Zur Kenntnis des elastischen Gewebes der Haut *E.-H.* I. 49.
*— Die Rosaniline und Pararosaniline *E.-H.* I. 1.
*— Was wissen wir von der Seborrhöe? 698. 739.
*Unna, P. G., Rhus aromatica gegen Enuresis nocturna 45.
— Behandlung von Pigmentflecken der Haut 576.
— Die medikamentösen Leime 317.
— Hautfirnisse im allgemeinen 929.
— Konstituentien für Pasten 94.
— Gläserne Endoskope 410.
— Die Salbensonde in der Behandlung der chron. Gonorrhöe 721.
— Referate 46. 214. 364. 386. 883. 925. 1006.
— 66. 75. 87. 101. 103. 153. 154. 175. 176. 181. 185. 204. 223. 244. 255. 260. 271. 337. 341. 364. 397. 398. 399. 401. 402. 403. 408. 409. 411. 476. 484. 496. 521. 530. 535. 557. 560. 581. 593. 595. 618. 625. 633. 714. 719. 721. 778. 800. 809. 810. 874. 875. 881. 882. 886. 887. 911. 914. 915. 928. 931. 933. 950. 1044. 1045. 1046. 1047. 1057. 1058. *E.-H.* II. 48. 169. *E.-H.* III. 17. 18. 28. 39.
*— u. W. H. Mielck, Über Seifengeist 500.
Unruh 11.
Unverricht 788.
Urso, d', Adenome der Haut 185.

Vaillard 314. 938. 967.
Valeix 760.
Valentin 731.
Valsalva 650.
Valtot 891.
Veeden, M. R., Ist Erythema nodosum eine örtliche Krankheit? 174.
Veiel, Alb. von 103. 105.
— E. 709. 745.
— Th., Ekzema solare chronicum 1100.
— Referat 266.
— 1096.
Velpeau 760.
Velten *E.-H.* I. 33.
Veraglia, S., ed A. Conti, Studio delle ghiandole cutanee e dei follicoli piliferi 720.
Vergely 562.
Verneuil 329. 562. 795. 934. 998. *E.-H.* II. 47.
Viaud 934.
Vidal, E., Biskrabeule 581.
— Jodpurpura 228.

Vidal, E., Ekzem des Anus — Lichen und seine Behandlung 581.
— Behandlung der Psoriasis 581.
— Warzen 581.
— 28. 36. 39. 40. 105. 182. 278. 279. 308. 310. 475. 663. 664. 887. 934. 942. 1125. 1126. *E.-H.* I. 26. 27. 28. 29. 32. 38. *E.-H.* II. 144.
Viennois 562.
Vierordt 775.
Vigier 94. 581. 769.
Villemin, Polymorphes Erythem, dessen Natur und spezifische Behandlung 626.
— 564.
Vincent 564.
Vingt, Terpentin bei malignen Tumoren 232.
Vinson 139.
Vintras 691.
Virchow, R. 305. 562. 739. 746. 936.
Viti, Syphilitische Osteosklerose des Stirnbeines 232.
Völkel 162.
Vogel 1091.
Vogelsang, Verband mit Pergamentpapier 95.
Voigt, L. 248. 439.
Voile, H. 175.
Volkmann, R. 131. 181. 279. 416. 474. 479. 525. 564. 752. 760. 781. 841. 970. 1054.
Volquardsen *E.-H.* II. 47.
Vulpius 132. 565. 891. 934.

Wallerstein 436.
Wallraff 1088.
Walther 11.
Warker, E. van de, Striktur der weiblichen Harnröhre 1066.
Warlomont 251.
Warning 763.
*Watraczevsky, Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze 989.
— Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomel und Quecksilberoxyden 30.
— 853. 859. 931.
Weber 299. 583. 1054.
— Otto 627.
Wecker 646.
Weigert 364. 439. *E.-H.* I. 13. *E.-H.* III. 13.
Weir-Mitchell 891.
*Welander, E., Zur Frage der abortiven Behandlung der Gonorrhöe 145.
— 146. 149. 847. 864.
— Absorption und Elimination des einverleibten Quecksilbers 90.
Welch, Über Vaccination während der Inkubationsperiode der Variola 925.
— 926. 927.
Wells 760.
Wendt, E. C., Eine neue Färbungsmethode (Roux) für Gonokokken 672.
Wentz 1054.
Wernich 364.
Wesener, Zur Frage der Lepraübertragung auf Tiere 1105.
— 1106.
Wessinger, J. A., Leukoderma oder Vitiligo 568.
West 565. 850.
Westermark 527.
Westphal 967.
Weyl 1. 104. 381.
Weyenberg 116.
Weyrich 729.
White, J. B., Einige Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung spasmodischer Strikturen 566.
— Behandlung der Rhusvergiftung 574.
— J. C., Über den Einfluss der Diät auf die Entstehung und Behandlung der Hautkrankheiten 885.
— Dermatitis venenata 791.
— 1. 1124.
Wickham, E. 185.
Wiedemann 442. 447.
Wiederholt, Zur Behandlung des Jodoformekzems 973.
Wigglesworth, E. 103. 133. 308.
Wilbuschewitsch, B., Über das Sammeln statistischer Daten über Syphilis 852.
Wilde 761.
Wilkinson, C. H., Seltene Wirkung des Chinins auf die Haut 133.
Wilks 81.
Willan 30. 31. 36. 48. 52. 54. 56. 58. 83. 117. 140. 141. 142. 152. 477. 739. 743. 746. 935. *E.-H.* I. 45. *E.-H.* II. 1. 2. 4. 5. 6. 7. 12. 13. 14. 15. 18. 20. 24.

Willan-Bateman 703.
Willans 28.
Wilson, E. 40. 174. 450. 451. 452. 453. 465. 467. 468. 477. 681. 705. 706. 707. 708. 709. 739. 740. 742. 743. 745. 753. 837. 871. 961. 962. 1095. *E.-H.* II. 10. 12. 14. 30.
Winfield, J. M., Die Ekzeme und ihre Behandlung 1017.
Winkel 123. 325.
Winogradow, Penismangel 724.
Winter 1112.
Winternitz, R., Über den Einfluſs des Erysipels auf Lupus 766.
— Zur Kasuistik der Fleckenaffektion der Zunge 895.
— 780. 781. 975.
Wittacker 814.
Witz 847.
Wohlfahrt, J. A. 53.
Wolberg, L., Röteln mit nachfolgenden Masern 131.
— 11.
Wolff, Syphilis hereditaria tarda 218.
— 132.
— M. 863.
Wolffberg, S. 302.
Wosskressenski, Lupus vulgaris mit Sublimat behandelt 44.
Wucherer, Otto 122. 364. 390. 1012.
Wulfsberg, N., Geschichtliche Notizen über Ösypum und therapeutische Versuche mit dem reinen, wasserfreien Lanolin 415.
Wunderlich 779. *E.-H.* II. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 45. 46. 59. 61. 62. 65. 68. 76. 86. 87. 89. 90. 92. 94. 119. 159.
*Wurster, C., u. M. Joseph, Über das Metaphenylendiamin als Kernfärbemittel 243.
Wurster, C., Verhalten des salpetrigsauren Natrons zum Hühnereiweifs und zum Farbstoff des Blutes 652.
— 244. 245. 393. 394. 395. 396. 397.
Wyschemirski, Tödlicher Fall eiteriger Gelenkentzündung durch Urethritis 41.
Wyss 174.

Yemans, C. C., Einige Unregelmäfsigkeiten der Pigmentation 1063.

Zambaco 504.
Zander 985.
Zeissl, H. 699. 709. 849. *E.-H.* II. 47.
— M. von, Skerljevo 485.
— 262. 289. 319. 325. 345. 494. 545.
Zeissler, J., Zur Kenntnis der Impetigo herpetiformis 950.
— Ichthyol bei Hautkrankheiten 175.
— 930.
Zeller, O., Deutsche elastische (Stoff-) Katheter und Bougies 320.
Ziemssen, Die Heilung der sogenannten Dysenteria mercurialis 975.
— 306. 389. 1102. 1103. *E.-H.* II. 115.
Zinke 245.
Zinsser 924.
Zipperer, Brameriana vulneriana 95.
Zuckerkandl 1006.
Zülzer 1121. *E.-H.* II. 113.
Zürn 439. 1081. 1085. 1091.
Zuntz 775. 779.
Zweifel 325.

Systematische Übersicht.

A. Dermatologie.

I. Personalien. Historisches. Litteratur.

Personalien: Wilhelm Hack 488. — E. Lang 1024. — Stocquart 48.

Historisches: Dermatologie in Rufsland 42. — Elastisches Gewebe *E.-H.* I. 51. — Entwickelung von Epitheliom auf psoriatischer Basis 1. — Esthiomène der Vulva 565. — Ekzem 827. — Filaria sanguinis 122. — Haarseil 521. — Hautkrankheiten des Kopfes 70. — John Hunter als Syphilograph 370. — Lepra 653. — Myiasis dermatosa 51. — Oesypum 415. — Seborrhöe 698. — Sklerodermie 933. — Trockene Gangrän beim Typhus 936.

Litteratur: Erkältung 789. — Erytheme *E.-H.* II. 172. — Lichen ruber 959. — Myiasis dermatosa 53. — Pseudolipom 998. — Seborrhöe 757. — Urticaria *E.-H.* I. 23.

Mitteilungen aus der Litteratur

Amerikas: 33. 66. 132. 173. 225. 326. 420. 485. 530. 566. 619. 669. 767. 883. 925. 1014. 1063. 1122.

Deutschlands: 25. 71. 130. 219. 314. 413. 522. 615. 721. 803. 856. 893. 918. 970. 1055. 1095. 1117.

Dänemarks: 37. 475.

Englands: 81. 177. 379. 476. 674.

Frankreichs: 38. 68. 84. 137. 181. 327. 381. 431. 481. 582. 933.

Italiens: 91. 185. 285. 331. 627. 768. 812. 1048.

Norwegens: 233.

Östreichs: 79. 132. 171. 324. 367. 418. 482. 764. 809. 895.

Rufslands: 41. 289. 433. 585. 724. 770. 846. 977. 1023.

Ungarns: 278. 376. 663.

Referate: 66. 118. 214. 266. 307. 364. 411. 471. 521. 560. 613. 652. 720. 757. 791. 888. 933. 964. 996. 1052. 1112.

Verschiedenes: 45. 94. 187. 235. 333. 385. 632. 726. 977. 1024. 1067. 1131.

II. Geographie und Statistik. Anstalts- und Jahresberichte. Versammlungen.

Geographie: Myiasis dermatosa muscosa 57. — Ansteckende Haut-

krankheiten des Kopfes 40. 69. — Parasiten, die die Haut penetrieren besonders am Senegal 124. — Herpes parasitarius im heißen Kl 137. — Krankheiten durch Sandfloh 139. 662. — Lepra 968. 1 im Süden Rußlands 365. 854; in Brasilien 387; auf Hawai 10 — Lichen ruber in Ungarn 870. 909. 959. — Morféa no Brez pecialmente na Provincia de São Paulo 1011. — Phagedänisch Geschwür der Tropen, besonders am Senegal 661.

Statistik: Dermatologie in Rußland 42. — Entwickelung von Epitheliom auf psoriatischer Basis 1. — Elephantiasis Arabum bei Kinder 763. — Geburt bei Prostituierten 38. — Kopfkrankheiten 69. — Lepra 968. 1008. — Lepra der Augen, Nase und Ohren 596. — Lichen ruber in Ungarn 870. 909. 959. — Morbilli adultorum 10. — Myiasis dermatosa muscosa 52. — Pruritus 884. — Pediculosis 885. — Syphilis 852. — Verbreitung der Hautkrankheiten in Petersburg 42, in Rußland 43.

Jahres- und Anstaltsberichte: Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen II. Teil 100 — Lepraberichte aus Hawai 1010. — Relatorio apresentado em 188 Dr. Provedor do Imperial Hospital dos Lazaros 1008. — Report Leprosy in Trinidad 968. — St. Thomas Hospital Reports Vol. XIV. 67

Versammlungen: Elfte Jahresversammlung der American Dermatological Association in Baltimore 386. 883. — Neunter Internationaler Kongreß zu Washington 96. 336. 386. 434. 684. 725. 925. — Sechster Kongreß für innere Medizin 188. — Sechzigste Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1887 in Wiesbaden 489. 539. 638. 683. 727. 771. 815. 860. 918. 1095. — Zehnte Jahresversammlung der American Dermatological Association in Greenwich 133. — Zweiter Kongreß russischer Ärzte in Moskau 846. — Zwölfter Medizinischer Kongreß italienischer Ärzte in Rom resp. Pavia 235. 386. 860. 1048.

III. Makroskopische und topographische Anatomie der Haut.

Ghiandole cutanee e dei follicoli piliferi 720.

IV. Vergleichende Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Haut.

Ghiandole cutanee e dei follicoli piliferi 720.

V. Mikroskopische Anatomie der Haut.

Beziehungen der normalen Histologie zum Studium der elementaren Läsionen der Haut 1052. — Elastisches Gewebe *E.-H.* I. 49. — Ghiandole cutanee e dei follicoli piliferi 720. — Mastzellen *E.-H.* I. 18. — Talgdrüsen und Hauthörner 613. — Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten 1006. — Unnasche Färbungsmethode der elastischen Fasern 397. — Zur Färbetechnik 333. — Fluorescinpräparate 521.

VI. Die Haut in anthropologischer und ethnologischer Beziehung.

Lepra 659. 968. 1008.

VII. Physiologie der Haut.

Quecksilber im Harn nach lokalen Sublimatbädern 45. — Hautresorption 74. — Absorption und Elimination von Quecksilber 90. — Beeinflussung der peripheren Gefäfse durch pharmakologische Agenzien 214. — Die Haut als Vermittler der Erkältungskrankheiten 729. 773. — Quaddelbildung *E.-H.* I. 29. — Verhalten des salpetrigsauren Natrons zum Eiweifs und zum Blutfarbstoff 652. — Talgdrüsen 411.

VIII. Experimentelle Pathologie der Haut.

Alopecia areata 629. 726. — Beziehungen des Nervensystems zu den krankhaften Veränderungen der Haut 279. — Furunkel 450. — Impetigo 38. 450. — Lepraübertragung auf Tiere 324. 480. 809. 969. 1105. — Maserninokulation 339. — Molluscum contagiosum 578. — Übertragbarkeit der Psoriasis auf Kaninchen 93. — Sykosis coccogenes 450. — Übertragung der Krätze von der Katze auf den Menschen 631. — Vaccine und Variola 523. — Varicellen 522.

IX. Allgemeine Pathologie. — Histologie und Ätiologie der Hautkrankheiten.

a. *Pathologie und Histologie.*

Adenome der Haut 185. — Akne 266. — Aktinomykosis hominis 134. 1050. — Alopecia areata 72. 1119. — Alopecia neurotica 296. — Alopecia totalis persistens 220. — Alterationen des Sympathicus in einem Falle von Pemphigus 1052. — Aplasia pilorum intermittens 1099. — Areaförmige progressive Atrophie der Haarbälge 769. — Bacillen im Rückenmark bei Lepra anästhetica 1039. — Beziehungen der normalen Histologie zum Studium der elementaren Läsionen 1052. — Biskrabeule 582. — Blattern, Mikroparasiten bei 286. — Caso raro de elephantiasis dos Arabes 1013. — Cochinchinageschwür 139. — Circinäre Zungeneruption 669. — Dermatosen des Auges 568. 572. — Descripcão de una especie de filarias 1012. — Diffuse der Sklerodermie ähnliche Hauterkrankung nach einem Trauma 1098. — Doppelkomedo 571. — Dysidrosis 126. — Dermatitis exfoliativa mit bullösen Läsionen 1127. — Eigentümliche Erkrankung der Hände und Füfse 884. — Eigentümlichkeiten der Varicellen 939. — Eigenartiger Verlust des Kopfhaares 141. — Eingewachsener Nagel 180. — Ekzema solare chronicum 1100.— Ekzeme als Resultat von Störungen im Nervensystem 853. — Elementare Läsionen der Haut 964. — Elephantiastischer Lupus 997. — Entwickelungsstörungen des Skelettes durch oberflächliche Angiome 759. — Entzündliche und neoplastische Veränderungen der Haut 93. — Entzündung der Haarfollikel in der Nase 1130. — Epheliden 1003. — Epithelioma molluscum universale 281. — Epitheliom auf psoriatischer Basis 1. — Erysipelas der Säuglinge 884. — Erysipel während der Schwangerschaft und sein Einfluſs auf die Frucht 966. — Erysipel 761. — Erythema nodosum 174; am Larynx, Trachea 1051. — Exanthem bei gastrischem Fieber 86. — Framboësia 1119. — Fleckenaffektion der Zunge 895. — Filaria sanguinis 122. — Generalisierte Vaccine 1120. — Gewebsveränderungen bei subkutanen Kalomelinjektionen 1101. — Hautaktinomykose 331. — Hautatrophie, idiopathische 585. — Hauterkrankung durch Getreidemilben 282; bei Haustieren 1025. 1078. — Hautflecke 379. — Hautkrankheiten nervösen Ursprungs 892. — Hautläsionen an verikösen Unter-

extremitäten 561. — Hautteratome, papilläre, präaurikuläre 287. — Herpes digitalis 807; — iris und circinnatus 280. 286; — zoster 288; — — chronicus 328. — Histologische Struktur der Warzen 85. — Hydroa herpetiformis 1018. — Hyperkeratosis subungualis 291. — Ichthyosis congenita 73. — Idiopathische Hautatrophie 183. — Impetigo herpetiformis 950. — Interessante Neubildung der Haut 485. — Jodismuserscheinungen 285. 532. — Katocheilitis der Schnitter 631. (Spezielle Krankheit der Unterlippe 630). — Keloid 177. 250. — Keratosis follicularis 229. 619; — pilaris mit nachfolgender allgemeiner Alopecie 230. — Knochenveränderungen bei Lepra 771. — Krankheiten durch Sandfloh 139. 662; des Haars und der Kopfhaut 1002; des behaarten Kopfes und die Schule 481. — Kutane Affektionen neurotischen Ursprungs 381. — Kystische Degeneration der glandula pinealis bei Morbus Addisonii 179. — Lebensthätigkeit der Hautelemente bei Entzündungen und Neubildungen 285. — Leberkrebs 761. — Lepra 82. 237. 387. 504. 546. 596. 710. 968. 1097. *E.-H.* III 15; — mutilans 234; — ähnliche Ulceration 679. — Lichen 1055. — planus 1129; — ruber 89. 616. 916. 1095; — — der Haut und Schleimhaut 1056; — — exsudativus Hebrae 1023. — Leukaemia cutis 897. — Leukopathie der Nägel 884. — Lineare Atrophie der Haut 560. — Lupus und Hauttuberkulose 1096; — erythematosus 930. 931. — Mal perforant 312. — Malleus humidus 43. 281. — Milzbrandepidemie zu Guelph 1064. — Molluscum contagiosum 578. — Morbilli adultorum 10. — Morphoea 82. — Myiasis externa dermatosa 106. 158. — Mykosis fungoides 27. 310. 1049. 1097. *E.-H.* III. 41; — — sogenannte 487. — Myom 282. — Myxödem 179. — Naevus congenitus mit excessiver Geschwulstbildung 810. — Orientbeule 172. — Papillom des Unterarmes 229. — Parasiten des Pockenprozesses 435; — die die Haut penetrieren 124. — Pediculosis 1120. — Peliosis rheumatica 44. 670. — Pemphigus 43. 1131; — chronicus 893; — conjunctivae 284. — Perforierende Geschwüre 81. — Perichondritis laryngea 803. — Phagedänisches Geschwür der Tropen 662. — Phlyktaenosis aggregata 857. — Pigmentsarkom, idiopathisches, multiples 234. — Pityriasis capitis 180; — rubra 40. 89. 896. — Primäre, maligne Tumoren der Fossa nasalis 562. — Professionelle Dermatosen 87. — Progressive Melanosis der Haut 932. — Proteiden oder Amöben bei Variola vera 447. — Pruritus hiemalis 44. — Pseudopellagra 27. — Pseudolipom 998. — Psoriasis 60. 285. — Purpura nach Quetschung 83; — haemorrhagica 329; — rheumatica scorbutica 44. — Rhinophyma 285. — Rhinosklerom 314. — Rosacea hypertrophica 228. — Roseola squamosa in ihren verschiedenen Formen 570. — Rubella oder Röteln 1124. — Sarcomatosis 307. — Scharlach und ähnliche Ausschläge nach Operationen und Verletzungen 1123. — Seborrhoea 698. 739; — generalis oder Harlequin-Fötus 614. — Seborrhoisches Ekzem 827. — Sklerodermа 933. 1127. — Spina ventosa bei einem Erwachsenen 563. — Temperatur bei Erysipel 758. — Trophoneurose der Haut durch Verletzung des Nervus medianus 1122. — Tuberkulose der Haut und Schleimhaut 367. — Tylosis 33. — Unangenehme Hautkrankheit 572. — Unregelmäfsigkeiten der Pigmentation 1063. — Urticaria pigmentosa *E.-H.* I. 1; — unilateralis 283. — Vaccine 248. — Veränderungen der Haare bei Alopecia areata 130. 1101. — Verteilung des Leprabacillus 480. — Vitiligo nervösen Ursprunges 966. — Vom Rückenmark ausgehende Hautkrankheiten, welche von peripheren Nervenerkrankungen abhängen 891. — Warzen 183. — Xanthelasma 888. — Xanthom 665. — Xeroderma 181. — Zungenangiome 563. —

Zungenkrankheiten 796. — Zur Färbetechnik 333. — Fluoreszinpräparate 521. — Universalverfahren, Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen *E.-H.* III. 7.

b. *Ätiologie.*

Alopecia areata 71. 97. 385. 629. 726. — Akute multiple Hautgangrän 1107. — Ätiologisches Verhalten des Erysipels zur Phlegmone 173. — Dermatosen 537. — Erytheme *E.-H.* II. 11. — Ekzeme, nervöse 853. — Einfluſs der Diät auf die Entstehung der Hautkrankheiten 885. — Favus 981. — Furunkel 450. — Herpes tonsurans 987; — zoster 288. 589. — Impetigo 38. 450. — Lepra 480. 659; — anästhetica 1039. — Lupus erythematosus 930. — Mykosis fungoides *E.-H.* III. 41; — sogenannte 487. — Pathogenetischer Zusammenhang zwischen Pemphigus vulgaris, Psoriasis, Ichthyosis, Lichen ruber und Prurigo 854. — Pemphigus 43. — Pigmentgenesis bei Morbus Addisonii 287. — Pocken 435. 447. 858. — Rosacea 841. — Scharlach 817; — und ähnliche Ausschläge nach Operationen und Verletzungen 1123. — Sterilität bei Prostituierten 38. — Sykosis coccogenes 450. — Skleroma universale 365. — Trockene Gangrän beim Typhus 936. — Trophoneurose der Haut durch Verletzung des Nervus medianus 1122. — Vaccine und Variola 522. 589. — Varicellen 522. 589. — Xanthom 665.

X. Diagnostik und Symptomatologie der Hautkrankheiten.

Alopecia areata 97. 315. — Bullöses Jodexanthem 532. — Aktinomykosis 134. — Dermatitis herpetiformis 886. — Erytheme *E.-H.* II. 152. — Fall zur Diagnose 1131. — Hautaktinomykose 331. — Impetigo herpetiformis 484. — Lepra 512. 546. — Myiasis externa dermatosa 56. — Orientbeule 172. — Perforierende Geschwüre 81. — Pocken 227. — Sarcomatosis cutis 307. — Seborrhoisches Ekzem 834. — Xanthelasma 838.

XI. Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

a. *Hygieine und Prophylaxis.*

Area Celsi und der Schulbesuch 385. — Einfluſs der Diät in der Behandlung der Hautkrankheiten 885. — Kopfkrankheiten bei Kindern 40. 68. — Lepra 237. — Nutzen medikamentöser Pflaster bei Hautkrankheiten 887. — Salz in der Hygieine der Haut und Therapie der Hautkrankheiten 887.

b. *Pharmakognosie und Instrumentenlehre.*

Antifungin 1024. — Drumine 676. — Jodol 132. — Metaphenylendiamin 62. 243. — Mollin 529. — Ol. Santali ostindici 723. — Parameria vulneraria 95. — Sozojodol 1099.
Dermatographische Farbstifte 1100. — Elektrische Lampe zur Hautuntersuchung 430. — Gold- und Platinnadeln zur Elektrolyse 84. — Instrumentarium zur Elektrolyse 482; — für Dermatologen 188. — Hautklemmen 359. — Parallelzangen 362. — Photographischer Apparat 230. — Mundspekulum 1129.

c. *Experimentelle Pharmakodynamik.*

Arsenik bei Hautkrankheiten 1131. — Antifungin 1024. — Antis... tischer Wert der Silberlösungen 1059. — Antibakterielle Wirku... des Jodoforms 1120. — Benzoyl-Ecgonin 478. — Chininlanolin ... — Drumine 676. — Hydrargyrummollin 852. — Ichthyol 175. ... — Jodol 132. — Jodkaliumsalbe 74. — Jodkaliumlanolin 288. — J... trichlorid als Antiseptikum 1058. — Kokain 419. 478. — Ko... injektionen 675. — Lanolinsalben 43. 74. 567. 632. — Lanolin, ... wasserfreies 415. — Medikamentöse Leime 317. — Neue Reagen... auf aktiven Sauerstoff 393. — Parameria vulneraria 95. — Pergam... papier als Verbandmittel 95. — Pastenbehandlung 221. — Rhodan... Quellkraft der 46. — Rhus aromatica gegen Enuresis nocturna ... — Resorcin 173. 938. — Salicylsalben 74. — Salicylsaures Natron ... — Sandelöl 130. 723. — Sublimatlösungen 316. — Sozojodol ... — Sapo unguinosus 1068. — Terpentinöl 176; bei malignen Ne... bildungen 316. — Xylol bei Blattern 377.

d. *Theoretische Pharmakodynamik.*

Arsenik 1131. — Antifungin 1024. — Acid. salicylicum 74. — Chrys... phansäure 137. — Chininlanolin 288. — Drumine 676. — Hautfärbung ... 929. — Ichthyol 175. 220. — Jodol 132. — Jodkalium 74. — Jo... kaliumlanolin 288. — Jodoformstifte 676. — Jodtrichlorid als Ant... septikum 1058. — Kokain 419. — Lanolinsalben 43. 74. 567. 62... 632. — Medikamentöse Leime 317. — Natron salicylicum 74. — Pa... meria vulneraria 95. — Pergamentpapier als Verbandmittel 95. — Pastenbehandlung 221. — Permanente Emulsionen 928. — Queck... silber, Nachweis in Flüssigkeiten 31. 852; Resorption und Elimina... 90; im Harn nach lokalen Sublimatbädern 45. — Resorcin 6... 173. 938. — Sandelöl 130. 723. — Sapo unguinosus 1068. — Silb... lösungen 1059. — Sublimatlösungen 316. — Terpentin 176.

e. *Empirische Pharmakodynamik.*

1. Medikamentöse Dermatotherapie.

Araroba 43. — Arsenik 577. 578. 1131. — Alimentation und Medikation per Rectum bei Hautkrankheiten 1073. — Drumine als lokales Anästhetikum 676. — Emplastrum de Vigo 39. — Empyreumatisches Öl des Eidotters als Verbandmittel 1126. — Jodtrichlorid als Antiseptikum 1058. — Jodoformstifte 676. — Ichthyol 66. 175. 22... — Karbolglyceringelatine 1067. — Lanolin 66. 623. 632. — Medikamentöse Leime 317. — β-Naphthol 37. — Parameria vulneraria 95. — Pastenbehandlung 221. 676. — Quebracho 1068. — Resorcin 66 173 938. — Salzbäder 39. — Salol 414. — Sapo unguinosus und seine Anwendung als Salbenkörper 1068. — Terpentinöl 176. 232.

2. Chirurgische Dermatotherapie.

Akne 366; — rosacea 233. — Angiom 430. — Balggeschwülste der Kopfhaut 940. — Chirurgische Behandlung gewisser Hautkrankheiten 1064. — Chlorzinkätzung bei gewissen Neubildungen 1110. — Eingewachsener Nagel 83. — Elektrolyse 84. 181. 232. — Epitheliome 233. — Elephantiasis 1110. — Furunkel 524. — Galvanochirurgische Depilationsmethoden 482. — Herpes zoster 233. — Haarseil 521. — Hauttransplantation 679. — Hyperkeratosis subungualis 291. — Hyper-

trichosis 84. 181. 233. 625. — Kropf mit Karbolinjektionen behandelt 134. — Keloid mit Elektrolyse behandelt 942. — Lupus 181. 232. 278. — Mechanische Behandlung der Hautkrankheiten 483. — Narbenverbesserung 970. — Skarifikationen 39. — Stabiles Ödem 524. — Transplantation gröfserer Hautlappen 630.

f. *Arzneiexantheme.*

Antipyrindermatitis 972. — Arsenikausschläge 570. 572. 576. 588. — Bromexanthem 384. — Chinindermatitis 133. — Chloralhydraterythem 941. — Dermatitis venenata 791. — Drug Eruptions 791. — Erythema venenatum 534. — Herpes nach äufserlichem Gebrauch von Atropin und Belladonna 137. — Jodpurpura 228. — Jodpurpuraexanthem, bullöses 420. 531. 1129. — Jodismuserscheinungen 285. — Jodoformausschläge 883. — Jodoformekzem 973. — Lanolindermatitis 615. — Morphiumexanthem 327. — Schwefeldämpfe, braune Hautverfärbung nach 573. — Verhältnis zwischen den durch äufsere Applikation und interne Hg-Aufnahme entstandenen Ausschlägen 1098.

g. *Toxikologie.*

Anästhesie nach Quecksilbervergiftung 577. — Chrysarobinkonjunktivitis 121. — Dysenteria mercurialis 975. — Hydrargyrose im Pharynx 78. — Jodpurpura 228. — Jodismuserscheinungen 285. — Jodoformvergiftung 883. — Rhusvergiftung 570. 574. 580. 624. — Stomatitis mercurialis 535. — Toxikologie 322.

h. *Dermatopharmazie.*

Bemerkungen über Medikamente 1122. — Hydrargyrummollin 852. — Jodoformverfälschung 36; — Desodorisation 35. 683. 1024. — Jodmollin 201. — Jodkaliummollin 201. — Konstituentien für Pasten 94. — Kubebenverfälschung 430. — Medikamentöse Leime 317. — Mollin 529. — Parameria vulneraria 95. — Sapo unguinosus als Salbenkörper 1068. — Seifengeist 500. — Sublimatlösungen 316. — Zinksalbe 94.

XII. Spezielle Therapie der Hautkrankheiten.

a. *Spezielle Dermatochirurgie.*

1. Verbrennung und Erfrierung.

Brandblasen 676. 1067. 1068. — Erfrierung 366. 1068. — Frostbeulen 202. — Verbrennung 571. 676. 1067. 1068.

2. Abscesse und Phlegmonen.

Abscesse 134. 202. 674. 938. — Cochinchinageschwür 139. — Furunkel 202. 231. 524. 1066. — Hautabscesse der Achselhöhle 584. — Panaritium 202. 1065. — Phagedän 139. — Phagedänisches Tropengeschwür 661. 663. — Phlegmone 173. 938.

3. Gangrän.

Dermatitis gangränescens 1038. — Gangrän 113. 124. 139. — G. foudroyante spontane 763. — G. spontane 927. — G. trockene 936. — G. multiple akute 1107.

4. Geschwüre und Fisteln.

Aktinomykotische Geschwüre 331. — Cochinchinageschwür 139. — Fisteln 134. — Fufsgeschwüre 139. — Geschwüre 134. 139. 318. —

Perforierende G. 81. 312. 395. 551. — G. des Unterschenkels 319. 476. 1065. — G., variköse 561. 938. — Lepraähnliche Ulcera 679. — Phagedänisches Tropengeschwür 661. 663. — Ulcère cachectique des pays chauds 139. — Wunden 318. 938. 1068.

5. Angeborene Geschwülste.
Naevus vasculosus 366. 964. — Nervennaevus 536. — Pigmentmäler 586. 579. 810. 964.

6. Erworbene Geschwülste.
Atherom 420. — Balggeschwülste der Kopfschwarte 940. — Kr... 39. 177. 230. 475. 942. — Teleangiektasien 175. 964. — Tumoren 232. 966.

7. Narben.
Narben 970.

b. *Parasitäre Dermatosen.*

1. Tierische Parasiten.
Acarus 125. 1091. — Ascaris mystax 161. — Amöben oder Proteus bei Pocken 192. 435. 447. — Biesfliege s. Hypoderma. — Balanthidium coli 161. — Cysticercus telae 161. — Cuterebra noxealis 124. — Calliphora infesta 115. — C. anthropophaga 115. 116. — Coccidium oviforme 161. — Distoma haematobium 122. — D. hepaticum 161. — *D.* lanceolatum 161. — Demodex 1090. — Dermatobia noxealis 124. 15... 165. — Dermanyssus 1093. — Filaria medinensis 125. — F. sanguinis 122. 1012. — Getreidemilben 282. — Holzbock 125. — Haematopinus 1092. — Hypoderma bovis 159. 160. 162. 166. 1094. — H. Diana 15... 162. 164. — Ixodes 1093. — Krätze s. Scabies. — Larbisch 125. — Leptus autumnalis 1095. — Lucilia hominivorax 115. — L. serinata 1094. — Milben 125. — Myiasis muscosa 51. — M. oestrosa 158. — Ochromyia anthropophaga 117. 1094. — Oestrus hominis 158. — O. bovis 1094. — O. ovis 160. — Pediculosis 885. 1120. — P. pubis 9... — Pulex 1093. — P. penetrans 124. 139. 662. — Parasiten bei Herpes zoster 589. — P. bei Varicellen 589. — Rundwürmer 1092. — Sarcoptes scabiei 125. 631. — Sarcophaga canaria s. haemorrhoidalis 115 — Sarcophila Wohlfarti 112. 115. 116. — Scabies 37. 232. 631. 1084 — Simulies 125. — S. maculata 1094. — Stomoxys calcitrans 10... — Taenia cucumerina 161. — T. solium 161. — Trichodectes 1092 — Ver de Cayor 124.

2. Pflanzliche Parasiten.
Akne contagiosa 1082. — Aktinomykosis 134. 331. 1050. — Achorion Schoenleinii 967. — Anthraxbacillen 1059. 1064. — Alopecia areata (Area Celsi) 67. 366. 385. 481. — Biskrabeule 582. — Blatternmikroorganismen 286. — Cochinchinageschwür 139. — Chromophytosis s. Pityriasis versicolor. — Erysipel 173. — Erythema nodosum 174. 1051 — Er. n. leprae 516. — Er. circinatum parasitarium 138. — Favus 68. 373. 809. 945. 981. 1079. 1127. — Furunkel 450. — Granuloma fungoides s. Mykosis fungoides. — Herpes circinatus 138. — H. parasitarius 137. — H. tonsurans 68. 138. 316. 318. 680. 945. 987. 1079. — Hautgangrän, akute multiple 1108. — Impetigo 450. — I. contagiosa 38. — Intertrigo 138. — Kontagiöse Kopfkrankheiten 40. 68. 481. — Leprabacillen 480. 513. 768. 810. 1039. 1097. *E.-H.* I. 1 ff. III. 10. 15 ff. — Lichen tropicus 138. — Malleus 42. *E.-H.* III. 10. — Mentagra s. Sykosis. — Mikroorganismen 217. 1007. — Mikro-

sporon furfur 967. — M. Audouini 97. — Mykosis fungoides 487. 1049. 1097. *E.-H.* III. 41. — Mykoderma vini 967. — Orientbeule 173. — Oidium lactis 967. — O. albicans 967. — Phlegmone 173. — Phagedänisches Tropengeschwür 662. — Pemphigus 893. — Pityriasis capitis 180. — P. alba parasitaria 138. — P. versicolor 180. 945. — Pocken s. Variola. — Rhinosklerom 574. — Ringworm s. Herpes tonsurans. — Saccharomyces ovalis 180. — Scarlatina 817. — Stomatitis pustulosa contagiosa 1083. — Sykosis coccogenes (simplex) 450. — S. hyphogenes (parasitaria) 945. — Smegmabacillen 118. — Trichophyton tonsurans 71. 103. 967. 1049. — Tuberkelbacillen 118. 515. *E.-H.* III. 10. — Typhusbacillen *E.-H.* III. 9. — Teigne et Teigneux 68. — Vaccine 248. 522. — Varicellen 522. — Variola 190. 522. 859.

c. *Einfache Dermatitiden.*

1. Oberflächliche Dermatitiden (Hautkatarrhe).
Buchweizenausschlag (Fagopyrismus) 1028. — Dermatitis 615; D. erythematosa 1028. — Ekzem 67. 85. 173. 175. 221. 222. 318. 413. 419. 433. 679. 769. 829. 853. 887. 928. 935. 1016. 1028. 1074. 1077. 1078. — E. vesiculosum 127. 413. — E. Arthriticorum 538. — E. flavum s. L. annulatus serpiginosus. — Hautausschläge bei Gichtkranken 622. — Katocheilitis (spezielle Krankheit der Unterlippe bei den Schnittern) 630. 631. — Intertrigo 138. 1077. — Rhagaden 318. 619.

2. Tiefgreifende Dermatitiden.
Anthrax 1059. — Cochinchinageschwür 139. — Furunkel 202. 231. 432. 524. 1066. — Malleus humidus 281. — Phagedän 139. — Phagedänisches Tropengeschwür 662. — Verbrennungen 571. 676. 1067. 1068.

d. *Angioneurotische Dermatosen.*

1. Akute Exantheme und infektiöse Dermatosen.
Blattern 202. 377. — Erysipel 42. 43. 122. 173. 215. 220. 224. 279. 379. 632. 676. 758. 759. 760. 766. 884. 938. 966. 1037. — Exanthem 86. — Morbillen 10. 131. 318. 339. 413. 444. 678. — Pocken 435. 925. — Röteln 131. 681. 1124. — Scharlach 178. 318. 444. 817. 1123. — Varicellen 939.

2. Toxische Angioneurosen (Arzneiexantheme).
Antipyrindermatitis 972. — Anthraxähnliche Pusteln nach Jodkalium 285. — Bromexanthem 384. — Bullöses Jodexanthem 420. 531. 1129. — Chloralhydraterythem 941. — Dermatitis venenata 791. — D. diffusa nach Jod 475. — Drug Eruptions 791. — Erythema nodosum nach Jodkalium 1098. — E. venenatum 534. — Herpes uach Belladonna und Atropin 137. — Herpes zoster nach Arsenik 576. — Jodpurpura 228. — Jodoformekzeme 883. 973. — Lanolindermatitis 615. — Morphiumexanthem 327. — Rhusvergiftung 574. 580. 624. — Scharlachähnliche Dermatitis nach Chinin 133. — Urticaria hämorrhagica nach Jodkalium 285. — Pellagra 27.

3. Essentielle Angioneurosen.
Erytheme *E.-H.* II. 1 ff. — Erythema simplex 318. 432. 587. 1027. 1077. — E. nodosum 174. 376. 380. 1077. 1107. — E. exsudativum multiforme 25. 180. 626. 1077. — Erythematöse exfoliative Dermatitis 40. — Pellagra (Pseudopellagra) 27. — Rhinophyma 285. — Rosacea 228. 483. 841. — Skleroma 365. 366. — Teleangiektasien 175. 964. — Urticaria 283. 376. 587. 892. 1036. 1077. *E.-H.* I. 1.

e. *Neuritische Dermatosen.*

Alopecia areata 98. 481. 629. 726. 1079. 1119. — **A. neurotica** 2[illegible] — A. maligna 366. — A. totalis persistens 220. 230. — **Blasenbildu[illegible]** 965. 1123. — Ekzema solare chronicum 1100. — **Dermatitis herpe[illegible]** formis 230. 424. 425. 429. 671. 1018. — D. **herpetiformis pustulo[illegible]** 484. 670. 951. — D. multiformis 326. — D. **congelationis 366.** — Dermatoneurosen 891. 892. — Ekzem 67. 85. 173. **221. 222. 419.** 4[illegible] 769. 829. 853. 892. 928. 935. 1016. 1074. 1077. 1078. — **Ekzema ker**toides 319. — Hautstriemen bei Epileptikern 940. — **Herpes 113.** — H. circinatus 280. 286. — H. digitalis 807. — H. **facialis 588.** — H. genitalis 231. — H. iris 280. 286. 525. — H. omo-**brachialis 673.** — H. zoster 233. 288. 315. 328. 588. 892. — H. zoster **gangraenosus** 41[illegible] — Hydroa 424. 429. 680. — Impetigo herpetiformis **484. 950.** — Keratosis 229. — Lichen ruber 88. 432. 581. 592. **616. 854. 870.** 87[illegible] 909. 959. 1023. 1055. 1056. 1095. 1129. — **Malum perforans** s. perforierende Geschwüre. — Pelade s. Alopecia areata. — **Pemphigus** 4[illegible] 284. 478. 568. 680. 854. 893. 1035. 1052. 1074. 1131. — **Perforierende** Geschwüre 81. 312. 395. 551. — Psoriasis 769. — **Scharlach** und scharlachähnliche Ausschläge nach Verletzungen und **Operationen** 112[illegible] — Tylosis 1122. — Vitiligo 568. 892. 966.

f. *Stauungsdermatosen.*

1. Stauungs-Hyper- und Anämien.

Beingeschwüre 1065. — Unterschenkelgeschwüre **175. 319. 476.** — Varicen 178. — Variköse Geschwüre 561. 938.

2. Ödeme.

Elephantiasis Arabum 123. 560. 623. 665. 672. **763. 1012. 1110.** — E. verrucosa 666. — Elephantiastischer Lupus 997. — **Myxödem** 17[illegible] 677. — Ödem 892. — Ö. der Lider 580. — Ö., stabiles **524.** — Ö. induratives 79. 368. — Pseudolipom 998. — Skleroma **365. 366.** — Sklerodermie 574. 933. 1098. 1127.

[3. Decubitus.]

g. *Hämorrhagische Dermatosen.*

1. Traumatische Ekchymosen.

Blutunterlaufungen 124. — Purpura traumatica 83.

2. Purpura.

Hämorrhagien 124. 892. — Purpura 588. 1107. — P. mit circinären Exanthem 887. — P. traumatica 83. — P. rheumatica **175. 678.** — P. rh. scorbutica 44. — P. hämorrhogica 376. — Peliosis rheumatica 44. 670. — Petechien 588. — Urticaria haemorrhagica **376.**

h. *Idioneurosen.*

[1. Neurosen des Tastsinns.]

2. Neurosen des Gemeingefühls.

Michigan-Jucken 572. — Ohiokratzen 572. — Prairie Digs 572. — Prurigo 175. 375. 433. 854. 893. 1034. — Pruriginöses Ekzem 893. — Pruritus 175. 318. 432. 676. 884. 1065. 1077. — P. genitalium 232. 419. 538. 1077. — P. ani 419. 676. 1077. — P. hiemalis 44. 572. 624. 682. — Sumpfkrätze 572.

i. *Epidermidosen.*

1. Anomalien der Stachelschicht (Akanthosen).

α. Hyperakanthosen.

Fleckenaffektion der Zunge 895. — Leukoplakie 325. 611. — Warzen 183. 581. — Circinäre Zungeneruption 669.

β. Parakanthosen.

Adenom 185. — Epithelialgeschwülste 562. — Epithelialkankroid 971. — Epitheliom 183. 231. 377. 419. 584. 627. 887. 1065. 1074. 1126. — E. molluscum universale 281. — Interessante Neubildung der Haut 485. — Karcinom 80. 177. 562. 1103. — Lupusepitheliom 1053. — Molluscum contagiosum 578. — Papillom 229.

γ. Akantholysen.

Blasen 965. — Dermatitis exfoliativa bullosa 1127. — D. herpetiformis 230. 424. 425. 429. 671. 1018. — Hydroa bulleux 424. 429. 680. — Impetigo 38. 450. — I. contagiosa 175. 679. — I. herpetiformis 484. 950. — Pemphigus 43. 478. 568. 680. 854. 893. 1035. 1074. 1131. — P. conjunctivae 284. — P. foliaceus 1052. — P. leprosus 550. — Pityriasis rubra mit vesikulösen Läsionen 569.

2. Anomalien der Hornschicht.

α. Hyperkeratosen.

Akne 175. 223. 266. 318. 366. 433. 680. 1034. 1074. — A. contagiosa (Dermatitis canadensis) 1082. — A. indurata 273. — A. punctata 271. — A. pustulosa 432. — A. sebacea 269. — A. simplex 271. — A. varioloiformis 175. — A. rosacea 175. 215. 233. 274. 1065. — Clavus 319. — Diffuses Keratom 614. — Ekzème acnéique 477. — Hyperkeratosis subungualis 291. — Keratosis 229. — K. follicularis 229. 619. — Komedonen 271. — Papeln 965. — Pusteln 965. — Tylosis (Calositas, Ekzema keratoides) 33. 319. 884. 1122.

β. Parakeratosen.

Alopecia areata 70. 98. 105. 130. 220. 230. 296. 315. 366. 481. 629. 726. 1101. 1119. — Chromophytosis s. Pityriasis versicolor. — Ichthyosis 318. 854. — I. congenita 73. 614. — Lichen annulatus serpiginosus 477. 681. — L. acnéique, circumscriptus, gyratus, marginatus s. L. annulatus serpiginosus. — L. ruber acuminatus 873. — L. ruber planus 88. 432. 581. 616. 854. 870. 909. 959. 1023. 1055. 1056. 1095. 1129. — L. r. obtusus et planus 592. — L. pilaris 175. — L. scrophulosorum 530. — Pityriasis 433. — P. alba 138. — P. rosea 681. — P. rubra 366. 433. 569. 896. 1127. — P. versicolor 180. 535. — Roseola squamosa (Pityriasis rubra maculata) 570. — Psoriasis 1. 43. 60. 93. 133. 137. 175. 176. 319. 433. 538. 581. 624. 680. 769. 854. 887. 896. 1058. 1077. — Seborrhöe 175. 477. 681. 698. 739. — Seborrhoisches Ekzem 827. — Xeroderma 181.

3. Anomalien der Haare (Trichosen).

Alopecia areata 130. 230. 315. 1079. 1101. 1119. — Areaförmige progressive Atrophie der Haarbälge 769. — Aplasia pilorum intermittens 1099. — Distichiasis 645. — Entzündung der Haarfollikel in der Nase 1130. — Favus 945. 981. 1079. 1127. — Haarkrankheiten 1002. — Herpes tonsurans 175. 316. 575. 680. 887. 945. 987. 1049. 1079. — Hypertrichosis 84. 181. 482. 625. 1065. — Keratosis (Ichthyosis) follicularis 291. 619. — K. pilaris 229. 230. — Mentagra s. Sykosis hyphogenes. — Ringworm s. Herpes tonsurans. — Sykosis coccogenes (simplex) 175. 450. 483. — S. hyphogenes (parasitaria) 945. — Tri-

chiasis 645. — Trichophytosis s. Herpes tonsurans. — Trichorrhexis 302. — Tinea s. Herpes tonsurans.

4. Anomalien der Nägel (Onychosen).
Eingewachsener Nagel 83. 180. 939. — Keratosis der Nägel 535. — Leukopathie der Nägel 884. — Onychia ulcerosa 139. 1065. — Onychomykosis 1049. — Spontaner Ausfall bei Hysterie 332.

5. Anomalien der Talgabsonderung.
Atherom 420. — Balgeschwülste der Kopfhaut 940. — Epidermoidcyste 613. — Hauthörner 613. 1065. — Kolloide oder myxomatöse Tumoren 935. — Komedonen 271. — Talgdrüsen 411.

6. Anomalien der Schweifsabsonderung.
Cheiropompholyx 128. — Dysidrosis 126. 615. — Hämatohidrosis 85. — Miliaria rubra 879. — M. crystallina s. Sudamina — Osmidrosis 478. — Schweifsige Hände 395. — Sudamina 127. 432. — Seborrhöe 175. 614. 698. 739. — Seborrhoisches Ekzem 827.

7. Anomalien der Pigmentbildung.
Braune Hautverfärbung nach Schwefeldämpfen 573. — Epheliden 1005 — Flecke 964. — Gelbe Hautflecke 379. — Hautverfärbung bei Lebercirrhose 535. — Leukoderma oder Vitiligo 568. — Lepra maculosa 553. 569. — Melanosis 932. — Melanoderma 85. 1126. — Morbus Addisonii 179. 287. 678. — Naevus pigmentosus 586. 964. 1065. — Pigmentanomalien 1063. — Pigmentflecke 576. — Pigmentsarkom 234. Pigmentsyphilid 13. 996. — Urticaria pigmentosa *E.-H.* I. 1. — Vitiligo 892. 966. — V. syphilitica 413. — Xanthom 280. 664. — Xanthelasma 526. 888. — Xeroderma 181. — X. pigmentosum 181.

k. *Chorioblasten.*

1. Granulome.
Esthiomène s. Lupus. — Granuloma fungoides s. Mykosis fungoides — Knoten 965. — Lepra 82. 364. 365. 517. 556. 596. 645. 653. 710. 854. 886. 968. 1008. 1010. 1011. — Lymphadenom s. Mykosis fungoides. — Lupus vulgaris 44. 181. 215. 232. 278. 319. 420. 476. 536. 565. 681. 766. 887. 971. 1053. 1065. 1074. 1096. 1117. 1125. — L. elephantiasticus 997. — L. erythematosus 232. 484. 618. 681. 930. 931. 972. 1125. — Maligne Tumoren 232. — M. Neubildungen 1110. — Mykosis fungoides 27. 663. 1049. 1119. 1124. — Orientbeule 173. — Perniciöse Lymphodermie (Leukaemia cutis) 897. — Sogenannte Mykosis fungoides 487.

2. Desmome.
Angiom 430. 563. 759. 1065. — Biskrabeule 583. — Fibroma 365. — Hautteratom, präaurikuläres papilläres 287. — Impftuberkulose 45. — Keloid 39. 177. 230. 475. 942. — Lipom 420. — Molluscum contagiosum 578. — M. fibrosum 177. 682. — Morphoea 82. 611. — Myom 282. 488. — Pigmentsarkom 234. — Rhinosklerom 314. 574. — Rhinophyma 285. — Sarkomatosis 307. 562. — Sklerom 365. 366. — Sklerodermie 574. 933. 1098. 1127. — Spina ventosa des Erwachsenen 563. — Teleangiektasien 176. 964. — Tuberkulose 324. 365. 379. 665. 666. 1049. 1096. 1117. — Tumoren 232. 966. — Xanthelasma 526. 888. — Xanthom 280. 359. 574. 664.

3. Liodermie.
Idiopathische Hautatrophie 183. 585. 1099. — Lineare H. 560.

XIII. Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Erkrankungen andrer Organe.

Amenorrhöe und Dermatitis multiformis 326. — Blutungen bei Myxödem 677. — Ekzem und Gicht 538. — Erysipel und Ascites 43. — Erythem und Komplikationen *E.-H.* II. 83. — Haematohidrosis und Menstruation 87. — Hautkrankheiten und Gicht 622. — Lupus und Epitheliom 1053. — Lupus und Hauttuberkulose 1096. 1116. — Nervenaffektionen bei Masern 678. — Xanthom und Menstruation 87.

XIV. Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Allgemeinerkrankungen.

Erysipel und Phlegmone 173. — Erysipel und Lupus 766. — Exanthem und gastrisches Fieber 86. — Hautempfindlichkeit bei Gelenkrheumatismus 940. — Hautstriemen bei Epileptikern 940. — Hysterie und spontaner Ausfall der Nägel 332. — Karzinom und Syphilis 80. 1103. Malaria und Hautkrankheiten 587. — Mykosis fungoides und Sarkomatosis 310. — Rheumatismus und Erythema multiforme bullosum 180. — Septikämie, Amenorrhöe und Dermatitis multiformis 326 — Urticaria unilateralis und Chorea dimidiata nach Gelenkrheumatismus 283.

B. Spezielle Pathologie und Therapie des Lymphgefäfssystems.

Bubo rechts — Helkose links — allgemeine Syphilis 541. — Vereiternder Schankerbubo 133. — Drüsenintumescenzen 433. — Lymphadenom 1124. — Lymphangitis 123. 808. — Lymphom 487. — Lepra 714. *E.-H.* III. 15. — Lymphskrotum 123. — Lymphangiektasien 123. — Leukaemia cutis (Lymphodermia perniciosa) 897.

C. Spezielle Pathologie und Therapie des Urogenitalsystems.

I. *Beim Manne.*

a. Urethra.

Endoskopie, zur 526. — Erweiterung der Striktur gefolgt von Abscessen an den Extremitäten 674. — Harnröhrenstrikturen 973. — Kongenitale Striktur 672. — Merkwürdige Analgesie der Harnwege 1060. — Mifsbildung der Urethra 430. — Nichtpassierbare Striktur 673. — Penismangel 724. — Priapismus bei einem Leukämischen 666. — Spasmodische Strikturen 566. — Septikämie nach Operation der Harnröhrenstriktur 1021.

b. Prostata.

Melanosis 767. — Tuberkulose 220. — Zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie 131.

c. Blase und Nieren.

Blasenkatarrh 224. — Blasenpolypen 121. — Chylurie 122. — Hämatochylurie 122. — Hämaturie 122. — Harnblase, physikalische Untersuchungsmethoden der männlichen 416. — Symptome und Diagnostik der Blasentumoren 1106. — Melanosis 767. — Zeitweilige Überanstrengung der Blase als Ursache lokaler Atonie und chronischer Retention des Urins 1014.

Kawa (Piper methysticum) 322. — Ol. Santali ostind. 723.

d. Hoden, Nebenhoden, Samenstrang.

Erythema nodosum 1050. — Impotenz 232. — Orchitis und Epididymitis mit Massage behandelt 725. — Spermatorrhöe 30. — Tuberkulose 220.

e. Penis. Vorhaut. (Äufsere Genitalien.)

Differentialdiagnose des Herpes und Schankers 88. — Herpes genitalis 231. — Horngewächs am Penis 1065. — Ödema indurativum 79. 368. — Phimosis congenita und Verengerung der ganzen Harnröhre und Verknorpelung der Vorhaut 282. — Phimosenoperation als Heil- und Linderungsmittel einiger nervöser und andrer Symptome 1016. — Retraktion des Penis 571. — Smegmabacillen 118. — Spontane foudroyante Gangrän der männlichen Genitalien 763. — Tuberkulose der äufseren Genitalien 1049.

II. *Beim Weibe.*

a. Urethra, Bartholinische Drüse.

Operative Behandlung der Dilatation und Erschlaffung der weiblichen Harnröhre 1059. — Striktur 478. 1066.

[b. Blase und Nieren.]

c. Innere und äufsere Genitalien.

Beziehungen der Hämatohidrosis zur Menstruation 86. — Elephantiasis der Schamlippen 665. 666. 672. — Esthiomène der Vulva 565. — Herpes genitalis 231. — Hypertrophie der Nymphen 174. — Pruritus vulvae 232. — Sklerose der äufseren Genitalorgane 570. — Tuberkulose der Vulva und Vagina 324.

D. Venereologie.

I. Allgemeine Pathologie und Therapie der venerischen Affektionen.

a. *Geschichte. Geographie. Statistik. Hospitalberichte.*

Litteratur: Pigmentsyphilis 13.

Geschichte: Gesellschaftliche Bewegung im Westen Europas und

Amerikas gegen Reglementation der Prostitution 855. — Sebastianus Petritius über den Tripper 641. — Tonsillenschanker 234. — Venerische Krankheiten der Hebräer der biblischen Zeit 184. 381.

Statistik: Augensyphilis 565. — Blennorrhoea neonatorum 283. — Sammeln statistischer Daten über Syphilis 852. — Syphilisbericht 1885/6 von Massei 287. — Syphilis haemorrhagica neonatorum 372. — Syphilis der Neugeborenen 855. — Verbreitung der S. im Gouvernement Kursk 1884/85 856.

Geographie: Syphilis im Gouvernement Kursk 1884/85 856. — Venerische Krankheiten in Budapest 279.

Hospitalbericht: Berghs Abteilung zu Kopenhagen 37.

b. *Pathologie und Therapie.*

Ätiologische Versuche über Syphilismikroorganismen 92. — Ammenbesichtigung bezüglich der Syphilis 851. — Ausgang der Hirnzufälle bei Syphilis 1000. — Beschneidungssyphilis 904. — Erythanthema syphiliticum 132. 1123. — Formen der syphilitischen Keratitis 854. — Geschwüre im späteren Stadium der Syphilis durch spontanen Brand der Haut und ihre Beziehungen zur Syphilis 927. — Gonorrhöe 319. — Latente und chronische Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht 319. — Gummata, frühzeitige 1124; der Nase 1050; des Penis 999. — Hämoglobinurie und Syphilis 91. — Harn der Syphilitiker und Immunität der Tiere gegenüber der Syphilis 1103. — Oszillierende Hemianopsia bitemporalis als Kriterium der basalen Hirnsyphilis 976. — Hereditärer Einfluſs der Syphilis 90. — Hyperthermia syphiliticum post partum 1002. — Sekundärinfektion bei Harnröhrentripper 863. — Kontagium der Syphilis 1062. — Leberatrophie bei Syphilis 1103. — Leber- und Milzsyphilis 185. — Pathogenese der Syphilis und ihrer abortiven Behandlung durch Exzision des Schankers 935. — Pharynxstenose, syphilitische 185. — Pigmentsyphilis 13. — Pigmentsyphilide im allgemeinen und im besondern über das primitive Pigmentsyphilid 996. — Pseudoschanker 285. — Rupia als erster allgemeiner syphilitischer Ausschlag 41. — Sarcocele syphilitica 1112. — Nichtinfektiöser Schanker des Uterus und seine Beziehungen zum einfachen Schanker der Vagina 1113. — Smegmabacillen 118. — Syphilitische Albuminurie 184. — Syphilisbacillen 118. 285. 371. — Syphilis der Brust 1001. — Syphilis mit frischen Erscheinungen nach 64jähriger Dauer 290. — Diffuses, hypertrophisches Syphilom 1116. — Syphilis haemorrhagica neonatorum 187. 372. — Syphilitische Herzneurose 287. — Syphilis und Karzinom 1103. — Syphilis und Krebs 80. — Syphilis kompliziert durch Skorbut 41. — Nichtvenerische Syphilis 230. — Frühzeitige Syphilis des Rektums 1113. — Syphilis und Schwangerschaft — Postkonzeptionelle Syphilis 1001. — Studium der die Syphilis erschwerenden Umstände 1115. — Syphilitische Verengerung der Trachea 977. — Syphilis ulcerosa cutanea 1020. — Chronische Vergiftung durch Syphilis 976. — Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung 1004. — Verlauf des Wochenbettes bei Syphilis 1114. — Tabes und Syphilis 1122. — Tiersyphilis 1101. — Tripperrheumatismus bei Frauen 1017. — Chronische Urethritis 919. — Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis 794.

Zur Frage der abortiven Behandlung der Gonorrhöe 145. — Abortive Behandlung der Syphilis 628. — Antisyphilitische Kur bei Tabes 41. — Injektionen mit Kalomel 30. 853. 894. — Intramuskuläre Injektionen von Jodpräparaten bei Syphilis 289. — Jodol 132. 187. — Einige

allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung der Syphilis mittels Quecksilbereinspritzung 1102. — Chronische Quecksilberbehandlung der Syphilis 367. — Injektion von Quecksilberoxyd 30. 1102. — Injektion von unlöslichen Quecksilbersalzen 989. — Innerliche Anwendung des Hg. carbol. oxyd. 195. — Quecksilbersalicylat bei Syphilis 629. — Subkutane Quecksilberbehandlung des Syphilids 1122. — Schanker, Fortschritte in der Therapie 35. — Schwitzbäder bei merkurieller Behandlung 76. — Wintergrünöl bei Tripperrheumatismus 1015. — Weg zur Klarstellung der rationellen Grundlagen der Hg-Behandlung der Syphilis 846.

c. *Hygieine und Prophylaxis.*

Begrenzung des kontagiösen Stadiums der Syphilis besonders in seinen Beziehungen zur Ehe 225. 422. — Einladung zur Sammelforschung über Syphilis 1131. — Welche Garantien bieten die Staaten, dafs die praktischen Ärzte in der Kenntnis und Behandlung der syphilitischen Krankheiten vollkommen versiert sind? 977. — Geschichte der gesellschaftlichen Bewegung im Westen Europas und Amerikas gegen Reglementation der Prostitution 855. — Jodol in der Therapie und Prophylaxis der venerischen Krankheiten 187. — Prophylaxis und Therapie der Syphilis 233. — Prostitutionsfrage zu St. Petersburg 685. — Thätigkeit der Findelhäuser in Petersburg und Moskau 855. — Verhütung der Gonorrhöe 231.

d. *Instrumentenlehre und Bandagen.*

Apparat zur Behandlung akuter und subakuter Urethritis 171. — Aëro-Urethroskop 695. — Béniqué-Sonde 974. — Bougies 320. — Diaphotoskop 899. — Dilatator urethrae 261. — Endoskope, gläserne 410; mit Modifikation 75. — Katheter, elastische 320. — Mundspekulum 1129. — Unnasche Salbensonden 255. 721. — Neuer Spülapparat der Harnröhre 1121. — Suspensorium von Ihle 153; von Unna 207. — Urethralirrigator 906.

II. Spezielle Pathologie und Therapie der venerischen Affektionen.

a. *Tripper.*

Eine in ihrer Art einzige Ansteckungsform 88. — Eiterige Gelenkentzündung im akuten Stadium 41. — Papillomatöse Entzündung der männlichen Harnröhrenschleimhaut 921. — Gonokokkenfärbung (Roux) 672. 727. — Gonorrhöe und Generationsvorgänge 1111. — Gonorrhoische Mischinfektion 1111. — Latente und chronische Gonorrhöe beim weiblichen Geschlecht 919. — Tod an Gonorrhöe 767. — Sitz der gonorrhoischen Infektion beim Weibe 527. — Mischinfektion bei Harnröhrentripper 863. — Mikroparasiten des Harnröhrentrippers beim Manne 186. — Pathologie 276, experimentelle 319. — Salpingitis gonorrhoica purulenta 527. — Veränderung der Vaginalschleimhaut bei chron. Gonorrhöe 921.

Abortive Behandlung 145. — Antiseptische Einspritzungen 538. — Ausspülungen 724. — Dilatator urethrae 261. — Fluidextrakt von Stigmata Maidis 233. — Jodoform 813. — Jodoformölinjektionen 582. — Jodtrichlorid 1058. — Kawa (Piper methysticum) 322. — Kokain 419. — Kopaiv-Opium-Suppositorien 539. — Natron salicylicum innerlich 41. — Ol. Santali ostind. 32. 130. — Unnasche Salbensonden 255. 721. — Salol 321. — Silberlösungen 1059. — Therapie 276. 319. 581.

b. *Venerische Geschwüre.*

1. Ulcus molle.

Geschwür, venerisches 38. 794. — Helkose links — Bubo rechts — allgemeine Syphilis 541. — Schanker 35; einfach papulöser 614.

Abortivverfahren 35. — Heifse Bäder 36. — Jodoform 35. — Kauterisation 35. — Pyrogallol 36. — Türkischer Schwamm, karbolisiert 36.

2. Initialsklerose.

Differentialdiagnose mit Herpes 88. — Extragenitale Primäraffekte 491. 770. 813. — Formen der Entstehung der primären syphilitischen Affektionen auf der Schleimhaut der Mundhöhle 848. — Initialaffektion der Fauces 476. — Initialsyphilis der Tonsille 528. — Schanker, diphteritischer 1129, phagedänischer, der linken Inguinalgegend 91. — Syphilitisches Geschwür am Auge 770. 813, der Konjunktiva 284.

Exzision 757. — Paquelin 628.

c. *Konstitutionelle Syphilis.*

1. Sekundäre Syphilis.

Syphilitische Albuminurie 184. — Amblyopie während der kondylomatösen Periode 855. — Aneurysmen der Hirnarterien bei Syphilis 381. — Bedeutung der Syphilis für Schwangerschaft und Geburt 807. — Begrenzung des kontagiösen Stadiums der Syphilis, insbesondere in Beziehung zur Ehe 422. — Beiträge zu den Primäraffekten der Syphilis 491. — Beziehungen zwischen englischer Krankheit und hereditärer Syphilis 539. — Beziehungen der Syphilis zur Tabes 814. 1122. — Erythanthema syphiliticum 132. — Exitus letalis infolge mifsbräuchlich gehandhabter Schmierkur 806. — Hämorrhagische Syphilis 325. — Hautflecke 379. — Helkose links — Bubo rechts — allgemeine Syphilis 541. — Langwierige Inkubation des syphilitischen Virus 813. Knochensyphilis, Spontanfrakturen grofser Knochen 473. — Konstitutionelle Syphilis mit Hautausbrüchen auf einer Hälfte des Körpers 812. — Oedema indurativum 79. 368. — Placentarsyphilis 623. — Perichondritis laryngea 803. — Pigmentsyphilis 13. — Syphilitische Psoriasis 539. — Quellen der Syphilisverbreitung im Anschlufs an die Mitteilung eines Falles von Exzision der Initialsklerose 757. — Roseola syphiliticum 367. — Rupia als erster allgemeiner syphilitischer Ausschlag 41. — Rupia, syphilitische 135. — Schankerähnliches Syphilom der Genitalien 471. — Skerljevo 485. — Syphilis 575, gastrische 539, haemorrhagica 187. 325. 372, latente 623, des Nervensystems 632. — Syphilisinfektion infolge von Auslecken der Augen 770. — Syphilitische Krankheiten der oberen Luftwege 479. — Wucherndes Syphiloderm des Gesichts 536. — Vitiligo acquitita syphilitica 413. — Vulvarsyphilis 581. — Zahndifformität bei erworbener Syphilis 725.

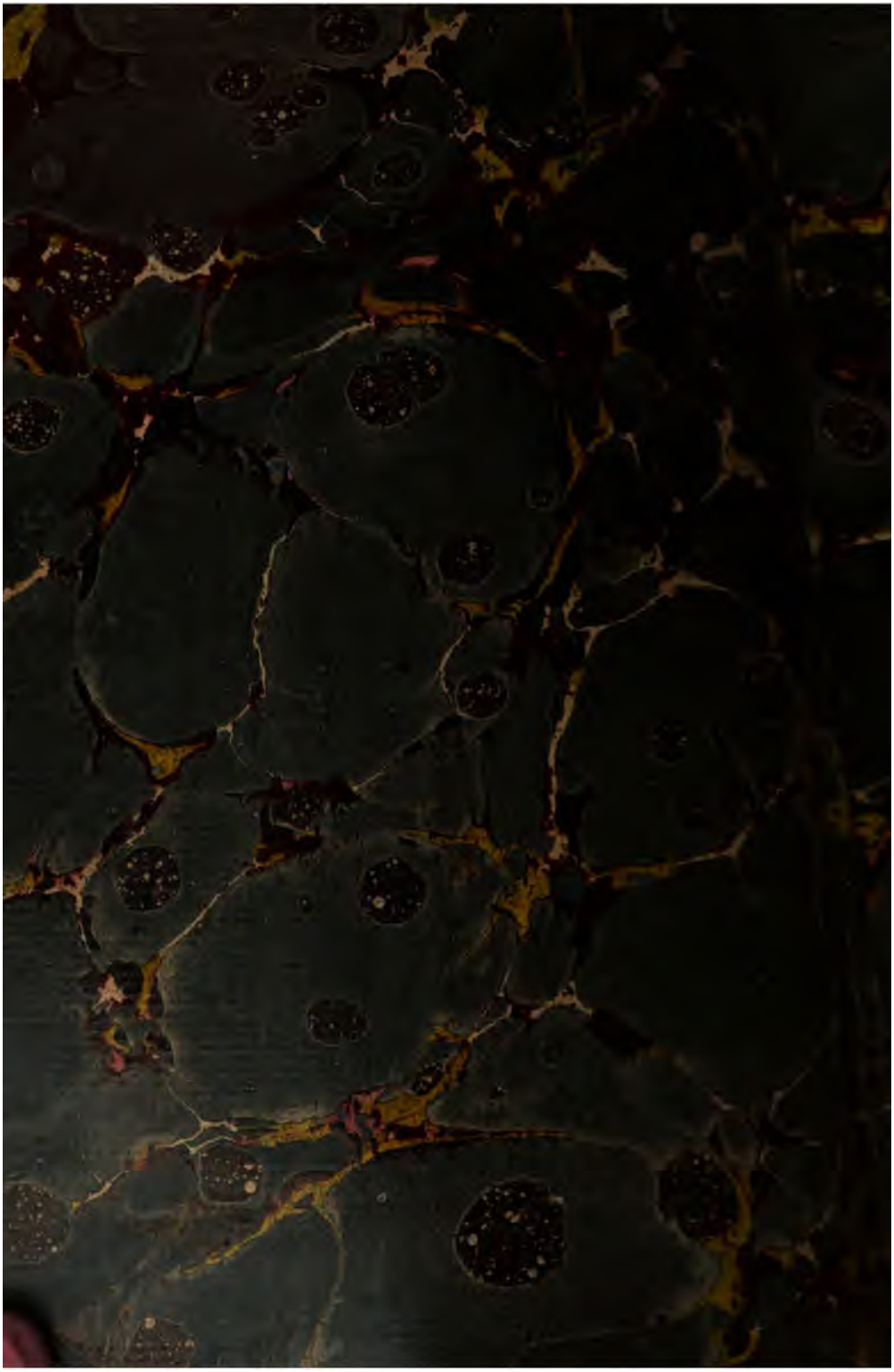
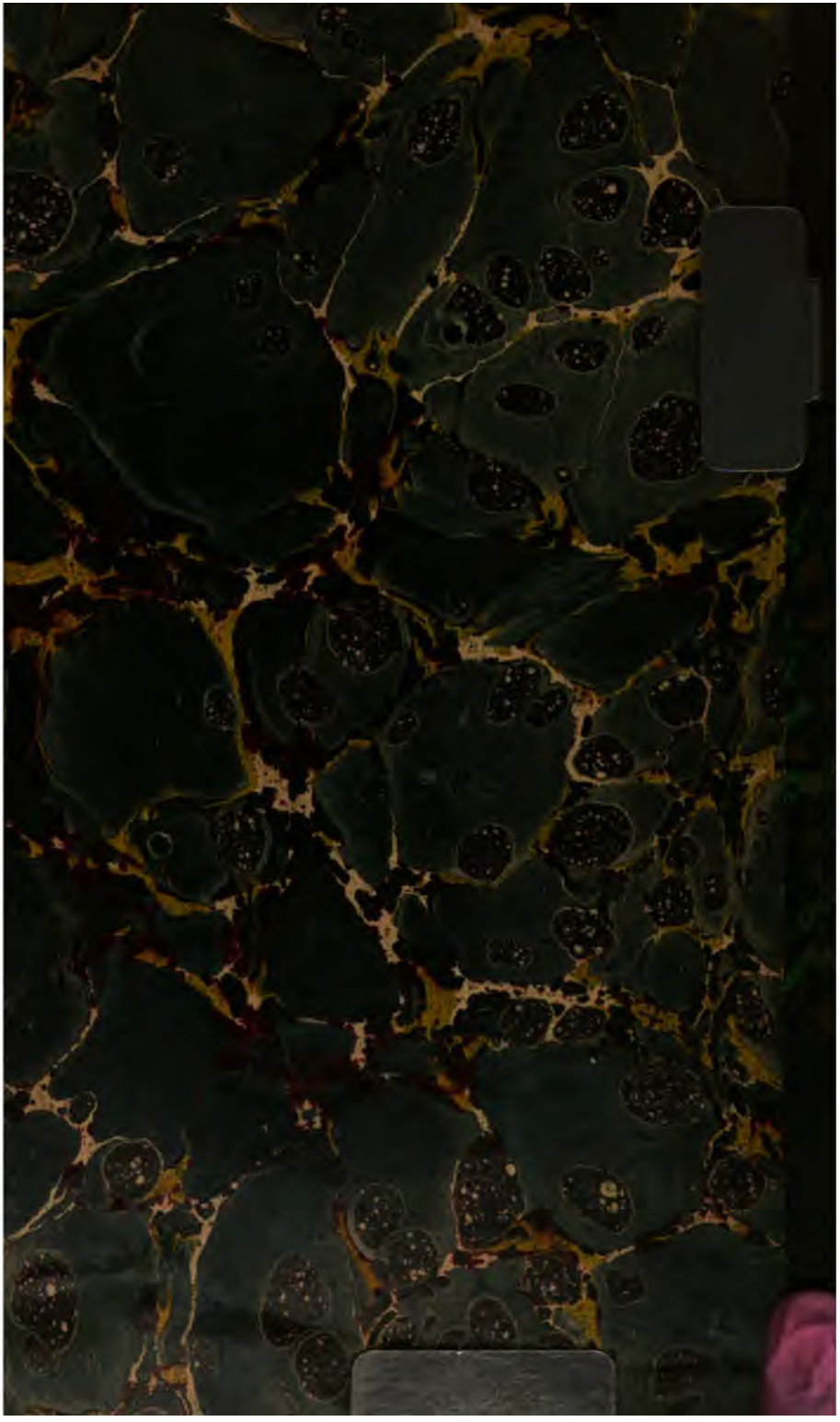
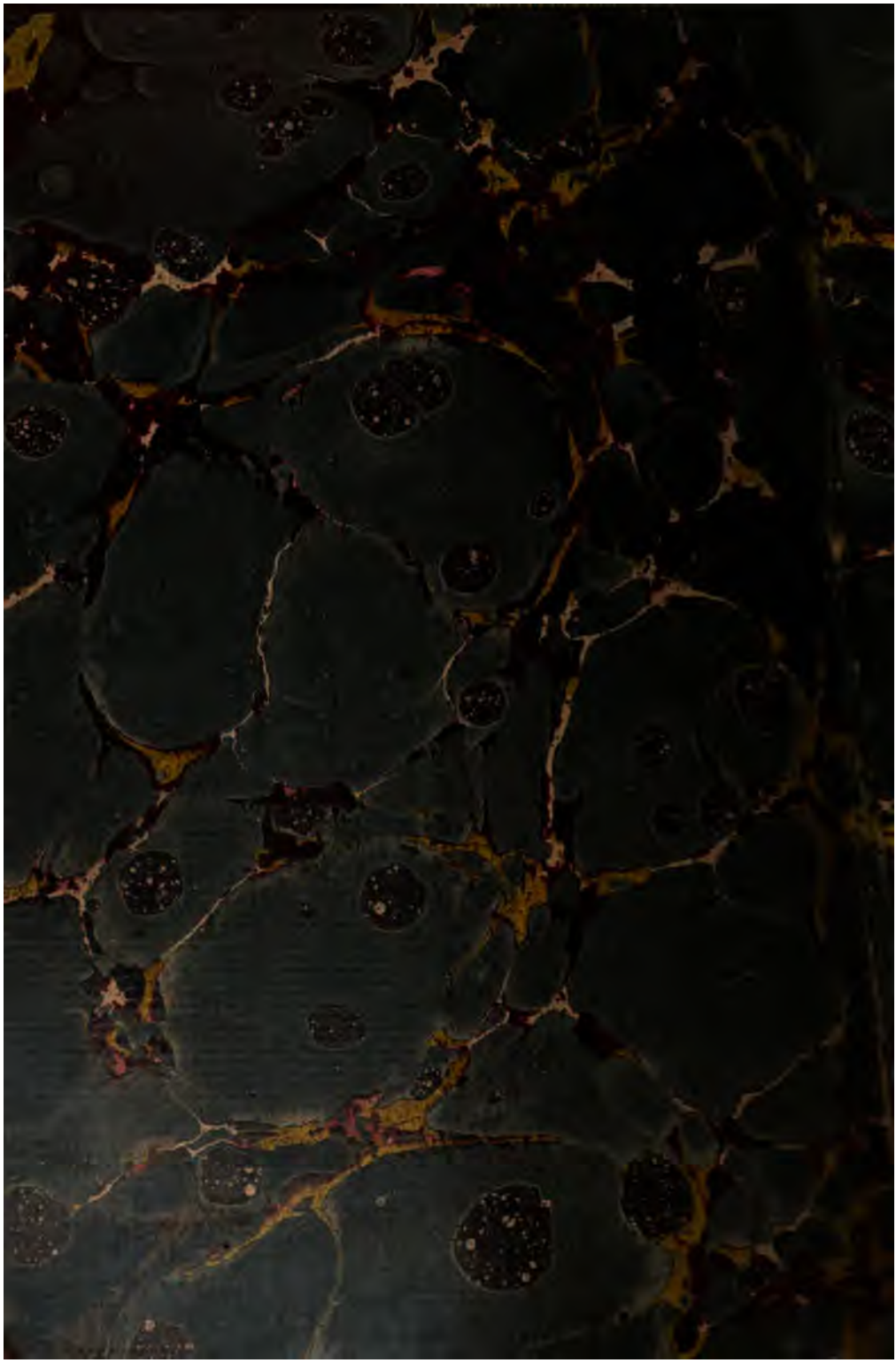
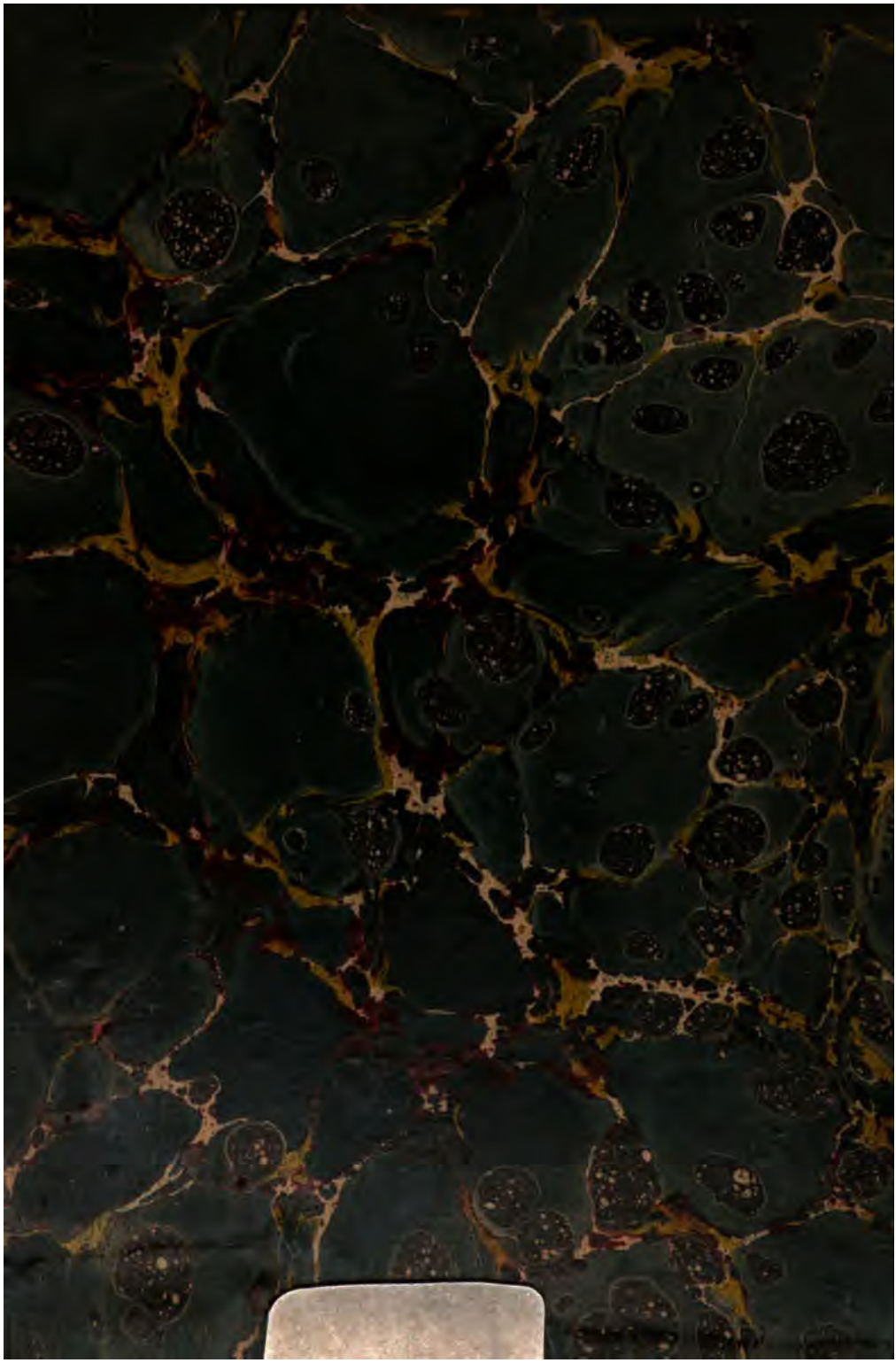
Hydrargyrum carbolicum oxydatum, hypodermatische Anwendung 343, innerlich 795. — Hydrargyrum formamidatum 667. 848; — tannicum 625. — Kalomelinjektionen 431. 770. 858. 1060. — Neissersche Kalomelölinjektionen 528. — Heifse Luftbäder 726. — Merkur 675. — Gelbes Quecksilberoxyd subkutan 432. 858. — Sublimatinjektionen 380.

2. Tertiäre Syphilis.

Augensyphilis 565. — Koma 321. — Lues universalis besonders des Zentralnervensystems 528. — Lungensyphilis 725. — Magensyphilis 561. — Multiple Wurzelneuritis 764. — Nekrose des Stirnbeins 376. Osteosklerose des Stirnbeins 332. — Spätsyphilitische Läsionen des

Rektums 587. — Skerljevo 485. — Syphilis der **Lunge, Trachea** u. Bronchien 418. — Unterkiefersyphilis 626. — **Zungenkrankheiten** 75.

3. Hereditäre Syphilis.

Hereditäre Syphilis 677. 813; des Auges 383; der **Zunge 47.** — Hereditäre Syphilis oder kongenitale Rhachitis 765. — **Erste Symptome** der hereditären Syphilis 849. — Hutchinsonsche **Zahndifformität** 32, 677. 725. — Hyperplastische Laryngitis 674. — **Rhachitis und** hereditäre Syphilis 539. — Schleimpapeln im **Larynx 45.** — Skerljevo 485. — Streptokokken bei hereditärer Syphilis **371.** — Syphilis haemorrhagica neonatorum 187. 372. — Syphilis **hereditaria** tarda 218. 365.

41C 1608 ~~41B~~
~~3417~~